

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
VINÍCIUS ALEXANDER GIMENES CIDRAL

**BURNOUT: A NOVA CONFIGURAÇÃO DO TRABALHO NO CONTEXTO DA  
CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA À LUZ DA BIOPOLÍTICA**

CURITIBA  
2019

VINÍCIUS ALEXANDER GIMENES CIDRAL

**BURNOUT: A NOVA CONFIGURAÇÃO DO TRABALHO NO CONTEXTO DA  
CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA À LUZ DA BIOPOLÍTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Direito da Universidade Federal do  
Paraná como requisito à obtenção do título de  
obtenção do grau Bacharel em Direito.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Angela Machado Fonseca  
Coorientador: Prof<sup>o</sup> Marco Aurélio Serau.


CURITIBA  
2019

## TERMO DE APROVAÇÃO

VINICIUS ALEXANDER GIMENES CIDRAL

### **Burnout: a nova configuração do trabalho no contexto da contrarreforma psiquiátrica à luz da biopolítica**

Monografia aprovada como requisito parcial para obtenção de Graduação no Curso de Direito, da Faculdade de Direito, Setor de Ciências jurídicas da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

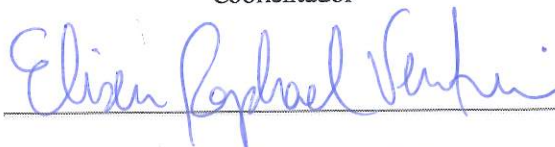


---

ANGELA COUTO MACHADO FONSECA  
Orientador


---

MARCO AURÉLIO SERAU JÚNIOR  
Coorientador



---

ELISEU RAPHAEL VENTURI  
Primeiro Membro



---

PAULO RICARDO OPUSZKA  
Segundo Membro



Ata da reunião da Comissão Julgadora da  
Monografia (Trabalho Final de Curso) do  
Acadêmico(a) VINICIUS ALEXANDER  
GIMENES CIDRAL

Aos três dias do mês de dezembro do ano de 2019, às 10:00 horas, nas dependências do Setor de Ciências Jurídicas, reuniu-se a Comissão Julgadora da Monografia apresentada pelo(a) Acadêmico(a) VINICIUS ALEXANDER GIMENES CIDRAL, sobre o tema, "Burnout: a nova configuração do trabalho no contexto da contrarreforma psiquiátrica à luz da biopolítica". A Comissão constituída pelos Senhores Professores, ANGELA COUTO MACHADO FONSECA (Orientador), MARCO AURÉLIO SERAU JÚNIOR (Coorientador), ELISEU RAPHAEL VENTURI e PAULO RICARDO OPUSZKA, atribuiu as seguintes notas respectivamente: 10,0, 10,0, 10,0 e \_\_\_\_\_; perfazendo a média igual a 10,0.

Obs.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Curitiba - PR, 03 de dezembro de 2019.

  
ANGELA COUTO MACHADO FONSECA

Orientador

  
ELISEU RAPHAEL VENTURI

1º Membro

  
MARCO AURÉLIO SERAU JÚNIOR

Coorientador

  
PAULO RICARDO OPUSZKA

2º Membro

À minha mãe, infinita.

## **AGRADECIMENTOS**

Antes de mais nada, é bom ressaltar que este trabalho não se iniciou com os dedos que digitaram as primeiras páginas. Em verdade, trata-se de um conjunto de percepções e ensinamentos, materializados nas páginas seguintes, que não seria possível sem cada pessoa que cruzou meu caminho durante o percurso da graduação. Dessa forma, certo de que as limitações vocabulares me impedirão de satisfazer quantitativa e qualitativamente o intento de agradecer cada um e cada uma da maneira merecida, inicio meus agradecimentos.

Primeiramente, quero agradecer à minha família, meu alicerce. A vocês devo tudo o que eu fui, sou e serei. Obrigado por me trazerem o sol quando as noites pareciam escuras e frias demais e por mostrarem que a sensibilidade pode ser, sim, uma forma de ver o mundo. À minha irmã e companheira de banda, Larissa Cidral, agradeço pela força e determinação de lutar pelo que acredita e impor seus limites, coisa que você faz bem melhor que eu e que me inspira. Obrigado pela leveza forte do seu sorriso determinado. Ao meu irmão e também companheiro de banda, Binho Cidral, agradeço pela visceralidade do contato com o mundo e das inúmeras estrelas dançantes que surgem dele. Ao meu pai, Vanderlei Cidral, agradeço a força gigantesca que carrega em si e transborda em nós. Por fim, e definitivamente não menos importante, agradeço à minha mãe, Pascoaly Espindola Gimenes Cidral, minha abelha-rainha, pela grandeza da sua passagem por esse mundo e que, em que pese não mais fisicamente, se mostra presente em cada passo que eu dou. A grandeza que há em vocês, minha família, não cabe em lugar algum, tampouco nessas palavras. Me resta agradecer pela oportunidade e honra do convívio diário que assim o faço por saber da magnitude que isso representa.

Outrossim, minha sincera gratidão aos trabalhistas da UFPR que me inspiram cotidianamente a lutar por dias melhores, especialmente ao NUDT - Núcleo Discente de Direito do Trabalho, do qual tive a honra de ser um dos membros-fundadores. Durante as reuniões, pude perceber a força existente na junção de paixão e conhecimento em prol de justiça e isso, para mim, foi de uma inspiração tamanha. Nessa toada, agradeço a Clínica de Direito do Trabalho, cuja experiência como bolsista, sob coordenação do professor Sidnei Machado, me

propiciou ampliar horizontes de possibilidades do direito enquanto instrumento de transformação social. Aos professores Sidnei Machado, Marco Aurélio Serau, Paulo Opuszk, os quais me inspiram cotidianamente, e demais professores trabalhistas, reitero minha sincera admiração e, por tanto, agradeço. Neste ponto, aproveito para agradecer imensamente às duas Excelentíssimas Procuradoras do Trabalho que tive a honra de ser estagiário. Dra. Andrea Lino Lopes (PRT9) e Dra. Cristiane Sbalqueiro Lopes (PRT9) seguem e assim seguirão sendo, para mim, exemplos de competência, altivez e responsabilidade social.

Ainda, agradeço especialmente à minha orientadora Angela Fonseca pelo brilhantismo característico e pela humildade digna de pensadoras extraordinárias como ela. Não fosse as proveitosas conversas e densas reflexões, não teria como desenvolver este trabalho. Além disso, agradeço aos amigos e amigas que me aturaram durante as inquietações que culminaram com este trabalho. As contribuições por vezes despretensiosas das conversas de escadaria, corredores ou fora das colunas andradianas trouxeram perspectivas únicas e nortearam substancialmente o desenrolar desta pesquisa, razão pela qual estaria incorrendo em ingratidão caso não as mencionassem nos agradecimentos.

Agradeço, também, aos poetas e às poetizas, músicas e músicos, artistas em geral, que me abriram as portas da percepção para as subjetividades possíveis diante da barbárie. Com o auxílio de todas e todos, cada qual a sua maneira, pude ver além do que me foi apresentado no cotidiano forense e ampliar os limites dos horizontes possíveis. Não posso deixar de mencionar nestes agradecimentos o movimento estudantil da qual fiz parte desde meu primeiro ano, sobretudo o PAR (Partido Acadêmico Renovador) por me explicitar as contradições nas quais me encontro e delinear um caminho possível para novos tempos de justiça social.

Por fim, a quem dedico prioritariamente este trabalho, agradeço aos trabalhadores e trabalhadoras que atendi tanto no âmbito da Clínica de Direito do Trabalho quanto nos atendimentos que fiz enquanto estagiário do Setor de Apoio dos Juizados Especiais da Justiça Federal de Curitiba. Os relatos foram imprescindíveis para que eu fosse buscar auxílio na filosofia e no direito para estabelecer um caminho acadêmico possível para tratar dos problemas sociais que me saltaram aos olhos pelo contato direto.

*“Neste mundo, existem dois tempos. Existe o tempo mecânico e o tempo corporal. O primeiro é tão rígido e metálico quanto um imenso pêndulo de ferro que balança para lá e para cá, para lá e para cá, para lá e para cá. O segundo se contorce e remexe como uma enchova na baía. O primeiro não se desvia, é predeterminado. O segundo toma as decisões à medida que avança. Muitos não acreditam que o tempo mecânico exista. Quando passam diante do grande relógio na Kramgasse, não o vêem; tampouco escutam suas badaladas quando estão despachando flores na Rosengarten. Usam relógios de pulso mas apenas como ornamentação ou como cortesia para com aqueles que acreditam ser instrumentos de medição de tempo um bom presente. Em suas casas eles não têm relógios. No lugar deles, ouvem a batida de seus corações”.*

**Alan Lightman**<sup>1</sup> em *Os sonhos de Einstein*;

---

<sup>1</sup> Professor de Física e Redação no MIT



## RESUMO

Em 1990, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgaram a Declaração de Caracas, que propôs a reestruturação da assistência psiquiátrica nos países latino-americanos. Onze anos depois, é aprovada a Lei Federal 10.216 que assegura a proteção e os direitos das pessoas em tratamento. Da legislação em questão, origina-se a Política de Saúde Mental a qual, em suma, visa garantir o cuidado através de serviços substitutivos e laicos. A Política de Saúde Mental originou a então denominada Reforma Psiquiátrica.

Todavia, em contrariedade ao que se pretendeu com a Reforma Psiquiátrica, o Poder Executivo, especificamente o Ministério da Saúde, vem praticando robustos cortes orçamentários por meio de portarias ministeriais às políticas alternativas. As portarias também condicionam o repasse de verbas para serviços alternativos ao aumento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, em um momento em que a internação compulsória e a eletroconvulsoterapia volta a ser legalmente possível. Concomitantemente, tem-se a Reforma Trabalhista.

Segundo dados da OMS, somente a depressão afeta cerca de 322 milhões de pessoas e causa aproximadamente 788 mil suicídios por ano em todo o mundo. No Brasil, são cerca de 11,5 milhões de depressivos. Atualmente, a depressão é apontada pela mesma organização como a patologia que mais incapacita para o trabalho. Nesse contexto, a síndrome de burnout se mostra como um correspondente patológico, o que reflete o adoecimento mental em razão das condições de trabalho.

É notório que o ambiente laboral tem profunda ligação com a saúde mental dos trabalhadores que o vivenciam. Diante disso, o intuito do presente trabalho é situar o trabalhador tanto no contexto reformista quanto contrarreformista e delinear, ainda que timidamente, o grave problema de saúde pública que surge da junção de ambos. Para tanto, o trabalho se vale dos estudos foucaultianos sobre a biopolítica e conceitos conexos.

Palavras-chave: contrarreforma psiquiátrica, reforma trabalhista, biopolítica, saúde mental.

## ABSTRACT

In 1990, the Pan American Health Organization (PAHO) and the World Health Organization (WHO) issued the Caracas Declaration proposing the restructuring of psychiatric care in Latin American countries. Eleven years later, the Federal Law 10.216/01 was edited to protect people in treatment. Based on these legislation, the Brazilian mental health policy was created to ensure the mental health care through secular and substitutive services. The Mental Health Policy originated the so-called Psychiatric Reform.

However, against the Psychiatric Reform intents, the Executive Branch, specifically the Ministry of Health, has been making robust budget cuts through ministerial ordinances to alternative policies. The ordinances also lay down as condition to transfer funds to alternative services the increase of psychiatric beds in general hospitals, at a time when compulsory hospitalization and electroconvulsive therapy is legally possible again. At the same time, there is a Labor Reform.

According to WHO data, only one depression affects about 322 million people and causes approximately 788,000 suicides per year worldwide. In Brazil, there are about 11.5 million depressants. Currently, depression is identified by the same organization as the pathology that most disables for work. In this context, the *burnout* syndrome shows as a pathological correspondent which reflects the mental illness of the population due to work conditions.

It's notorious that the work environment has a profound connection with the mental health of the workers who experiences. Given this, the purpose of the presenting work is to situate the worker in the reformist and counter-reformist context and delineate, albeit shyly, the serious public health problem that arises from the junction of both. To this end, the work draws on Foucaultian studies of the biopolitics and related concepts.

Keywords: psychiatric counterreform, labor reform, biopolitics, mental health

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>INTRODUÇÃO 2</b>	<b>14</b>
<b>1. A MODERNIDADE E O (NEO)LIBERALISMO</b>	<b>17</b>
1.1. O liberalismo como racionalidade governamental	21
1.2. Neoliberalismo e o <i>homo oeconomicus</i>	25
<b>2. BIOPOLÍTICA DE SAÚDE MENTAL</b>	<b>29</b>
2.1. Saúde mental, poder psiquiátrico, população e biopolítica	29
2.2. Política de saúde mental brasileira: uma breve análise	37
2.3. Reforma Psiquiátrica	41
2.4. Síndrome de Burnout, depressão e trabalho	45
2.5. Contrarreforma psiquiátrica	50
<b>3. NOVA CONFIGURAÇÃO DO TRABALHO</b>	<b>55</b>
3.1. A nova razão do mundo	55
3.2. A reforma trabalhista brasileira	58
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>63</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>66</b>

## INTRODUÇÃO

Para Foucault, diferente do que apregoa os teóricos clássicos do liberalismo político, o liberalismo não é um relaxamento da intervenção estatal na economia face às garantias dos indivíduos. Segundo o filósofo, em verdade, trata-se de uma racionalidade de governo nascida na transição para modernidade que, enquanto tal, passou imprimir uma racionalidade econômica específica ao fazer estatal em um contexto em que apenas o poder de polícia do Estado tornou-se obsoleto para garantir a eficiência do mercado concorrencial.

Assim, para materializar os interesses econômicos do mercado internacional que se formou após a consolidação de fronteiras europeias, foi preciso acirrar o controle disciplinar dos indivíduos territorialmente dispostos no seio dos limites nacionais. Portanto, o relaxamento da intervenção estatal no mercado não se deu em proteção ao indivíduo, mas em prol de seu controle, que passou a ser suplementado pelos mecanismos econômicos do mercado, que passaram, então, a se autorregular sem restrições, ideologia defendida por fisiocratas como Adam Smith e Quesnay.

O conjunto da obra, desse modo, fez com que a modernidade experienciasse a criação de uma gama de mecanismos regulatórios com vistas a tornar populações inteiras mais dóceis e produtivas. A economia política enquanto discurso passou a criar enunciados de saber-poder que norteavam a atuação estatal, corroborando com a tese de que o liberalismo é, de fato, uma racionalidade de governo para controle disciplinar e não uma atenuação da intervenção do Estado na liberdade individual e no livre mercado. Racionalidade, esta, tomada no sentido weberiano de ação para melhor adequar os meios aos fins por intermédio da razão. Como dito anteriormente, o poder de polícia não mais atendia adequadamente aos fins pretendidos pelas aspirações do mercado para controle interno da população, era necessário, portanto, controlar a totalidade da vida do indivíduo.

Nesse bojo, há o nascimento da biopolítica. Pela necessidade de controle dos indivíduos, a vida se tornou o centro do fazer político estatal. Assim, o estado passou a ser responsável por controlar a vida dos indivíduos e das populações enquanto subconjunto de uma espécie biológica “naturalmente” apta aos ditames do

livre mercado. Nesse sentido, o controle disciplinar se torna tão necessário a ponto de ser justificado pelo alarmismo retórico de um colapso econômico iminente caso não se materialize, tamanha a porosidade entre os interesses do Estado e os interesses econômicos.

Neste contexto, surge a estatística para coletar dados passíveis de embasar e justificar políticas públicas e o indivíduo torna-se alvo direto e indireto desse fazer estatal condicionado. O Estado, então, passa a criar instituições específicas com vistas a domesticar os corpos reiteradamente, de forma a induzir subjetivamente os valores que tornam possível o funcionamento do Estado conforme preceitos econômicos de docilidade e produtividade.

Assim, a escola, a prisão, o manicômio, o exército surgem para disciplinar os indivíduos por dispor de legitimidade institucional para tanto, razão pela qual são mecanismos do que Foucault denominou sociedade disciplinar. A arquitetura comum às denominadas instituições totais, idealizada por Bentham, submete os indivíduos à constante e metódica vigilância hierárquica. A figura do panóptico, o enfileiramento, o exame como método de categorizar indivíduos em aptos e inaptos, normais e anormais, a punição aos inadequados e demais mecanismos intrínsecos ao funcionamento institucional passaram a moldar subjetividades e sujeitos que, compulsoriamente inseridos nesse contexto, passaram, também, a replicar os valores nas demais áreas do tecido social, assentando-os.

Esses mecanismos institucionais fizeram, assim, com que o poder não ficasse concentrado nas mãos do soberano, como no absolutismo, mas fosse capilarizado para as microrrelações de poder de modo reiterado. Inseridos nesse *background*, os indivíduos passaram a vigiar e punir uns aos outros, harmonizando no tecido social um rótulo de anormalidade a quem não participa ativamente da vida coletiva, restrita, nesses termos, ao desenvolvimento de práticas de si dotadas de produtividade e docilidade.

Nesse sentido, o indivíduo que atende aos parâmetros que o tornam produtivo e dócil tem condições para tomar decisões duradouras ou permanentes na sua vida, dado que terá reconhecimento institucional da normalidade da sua identidade. Isso permitirá que ele se afirme como um sujeito produtivo, tenha acesso ao trabalho e obtenha estima social. Esse conceito também está relacionado com aquelas

identidades que podem ter expressão no espaço público. Enquanto algumas delas são institucionalizadas, outras são marginalizadas, sendo parâmetros a partir dos quais pessoas são excluídas de oportunidades. Os que estão nessa condição não conseguem ter oportunidades materiais, nem respeitabilidade social, o que torna a vida em sociedade uma carga emocional e negativa constante.

A marginalidade, portanto, é uma produção social e existe porque grupos majoritários fazem todo o possível para manter oportunidades sociais nas suas mãos com respaldo institucional para tanto. Dessa forma, negar condições institucionais e simbólicas aos indivíduos significa, também, predispor-los para o sofrimento psíquico, uma vez que, impedidos materialmente da produção coletiva da vida, resta o abismo da falta de reconhecimento institucional da sua subjetividade e as punições cabíveis aos anormais nas instituições totais normalizadoras.

Diante do panorama estabelecido, o intuito do presente trabalho é situar o trabalhador precarizado pela nova configuração do trabalho como um sujeito que resiste a um ambiente potencialmente psicopatológico, dado que a acentuação do seu reconhecimento apenas pelos parâmetros da produtividade e docilidade no âmbito do trabalho favorece a supressão total da sua subjetividade, esta já limitada pelos parâmetros presentes na dinâmica biopolítica.

Restringindo à análise à atual situação brasileira, a reforma trabalhista figura como um instrumento jurídico perigoso, dado que muitos dispositivos inseridos ao ordenamento e o arranjo político-jurídico que se formou em torno das alterações favoreceram um cenário de precarização do trabalho e aumentaram a vulnerabilidade do trabalhador, sobretudo em seu aspecto mental. Trata-se, também, de uma tendência global de controle chancelada pela racionalidade neoliberal, denominada pelos estudiosos como nova configuração do trabalho.

A flexibilização das leis do trabalho surge em um contexto de retorno ao sistema manicomial para tratamento de doenças psiquiátricas. As alterações têm natureza administrativa por estarem sendo feitas por meio de portarias do ministério da saúde. Em contrariedade com a política de saúde mental estabelecida em 1990 após décadas da luta antimanicomial até a consolidação da denominada “Reforma Psiquiátrica”, o retorno ao sistema manicomial se mostra como a resposta do Estado ao adoecimento mental da população, denotando a racionalidade de

controle presente na governabilidade neoliberal. Por representar a antípoda do que se pretendia com a reforma psiquiátrica, as alterações serão tratadas no presente trabalho como contrarreforma psiquiátrica para fins didáticos.

A situação se apresenta mais grave quando os principais órgãos internacionais de proteção à saúde e de combate a precarização do trabalho, isto é, a OMS e a OIT demonstram veemente preocupação, respectivamente, com a depressão, que já é considerada a principal causa de problemas de saúde e incapacidade em todo o mundo e com a precarização do trabalho no Brasil.

Importante ressaltar que a própria existência de um direito do trabalho e de uma política de saúde mental, para Foucault, são reflexos da biopolítica. Contudo, tanto a reforma trabalhista quanto a contrarreforma psiquiátrica demonstram a intensificação da racionalidade neoliberal sobre os corpos. Em que pese se dê nos moldes biopolíticos, a reforma psiquiátrica é resultado da luta antimanicomial que buscou conter danos à população marginalizada pela loucura ao passo que o direito do trabalho, em pretensão, tinha como princípio a proteção do trabalhador face a disparidade de poder entre empregador e empregado.

Também é biopolítico, mais especificamente uma demonstração do poder psiquiátrico, o enquadramento da extenuação do trabalho como doença psiquiátrica. Ao estabelecer a “Síndrome de Burnout” como um correspondente patológico, confere-se ao médico psiquiatra a legitimidade para produção de diagnósticos absolutos com vistas a tornar sadia a pessoa que se encontre em tais condições. Trata-se, porém, de um reducionismo para manutenção de controle face a um problema social de grande escala e complexidade.

Feitas tais considerações, o intuito do presente trabalho é tomar a biopolítica como um norte teórico para analisar tanto a reforma trabalhista quanto à contrarreforma psiquiátrica brasileiras como decorrente de uma mesma racionalidade de governo ainda atual: a neoliberal. O adoecimento mental e a precarização do trabalho tem relações intrínsecas e, se tomados em larga escala, demonstram a iminência de um grave problema de saúde pública.

## INTRODUÇÃO 2

*“A minha alucinação é suportar o dia-a-dia e meu delírio é a experiência com coisas reais”*

**Belchior**



Fotos de minha autoria.



“Ouvi da gerente da clínica que eu trabalhava que eu “tinha que aproveitar enquanto era jovem para trabalhar muito e fazer dinheiro”. Com isso, chegou a um ponto de mal ver a luz do dia. Entrava às 7h e saía às 21h do serviço. Muitas vezes, sem horário certo para almoçar. Acabei sendo forçada/convencida a trabalhar na hora do almoço pois “muitos pacientes aproveitavam justamente esse horário para se consultar”. Juntamente a toda a pressão que comecei a sofrer no trabalho, e algumas humilhações que prefiro não relatar, outra grande preocupação caiu sobre mim: meu relógio biológico começou a me dizer que estava passando da hora de ser mãe. Fiquei animada com a ideia de engravidar, parei de tomar remédio e resolvi tentar. Passou um ano e nada. Comecei a ficar triste. Procurei um especialista em infertilidade. Eu e meu esposo fizemos vários exames e todos estavam normais. Mais um ano de tentativas se passou e não engravidei. Além de triste, comecei a ficar angustiada. De repente, nada mais parecia fazer sentido. Para quê trabalhar tanto se eu mal conseguia aproveitar a vida? Os médicos disseram que o estresse – por causa do trabalho – poderia estar prejudicando minhas tentativas de engravidar. Fui ficando esgotada física e emocionalmente. Até que, em pouco tempo, tudo perdeu cor e graça. A dor da angústia apertava meu peito, sufocava, até que eu desabei”<sup>2</sup>

“A., 50 anos, casado, técnico em telecomunicações, funcionário de empresa de telefonia há 28 anos. Seus problemas começaram em 1996, com sucessivas mudanças administrativas: foi transferido de unidade duas vezes e assumiu, sem consulta prévia, posto de gerência, aumentando suas atribuições, enquanto reduzia-se o efetivo de pessoal. Suas novas tarefas incluíam a demissão de funcionários. Para aprender o novo serviço, passou a trabalhar até mais tarde nos fins de semana. Começou a sentir-se muito cansado fisicamente, ansioso, tenso e insone. Após a privatização da empresa, instalou-se o processo de reestruturação produtiva, com demissões em massa e expansão dos serviços. Os novos contratados não estavam suficientemente qualificados para as funções, exigindo maior esforço na tarefa de supervisão. Havia sucessivas “mudanças de diretriz” (“mandavam a gente fazer tudo de um jeito, e no dia seguinte não era mais nada daquilo, o trabalho era jogado fora”), além das ameaças de demissão, da desmoralização dos funcionários e das exigências cada vez maiores de rendimento (“quando a meta não era alcançada, era porque éramos incompetentes; quando se conseguia, deveríamos ter nos esforçado mais para superá-la”). Além do cansaço físico, sentia-se exigido além do seu limite emocional. Pensar em trabalho deixava-o irritado e impaciente, ao contrário do que sempre foi (considerava-o como prioridade, fonte de satisfação pessoal e orgulho). Passou a apresentar, além da ansiedade, tristeza profunda, falta de prazer nas atividades, dificuldade em tomar decisões, perda de apetite e de peso (cerca de 14 kg em 7 meses), “brancos” de memória, desesperança, sentimento de desvalorização pessoal e vontade de morrer. Foi, então, afastado de suas atividades laborativas, e iniciou tratamento psiquiátrico em 2000”.<sup>3</sup>

<sup>2</sup> Relato disponível em: <https://bit.ly/2ryKBy7>

<sup>3</sup> VIEIRA, Isabela et al. **Burnout na clínica psiquiátrica: relato de um caso.** *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul* [online]. 2006, vol.28, n.3, pp.352-356. ISSN 0101-8108. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082006000300015>>

“R., 44 anos, casada, dois filhos, professora de ensino Infantil, funcionária concursada da Prefeitura Municipal de Campinas há 22 anos. Seus problemas começaram em dezembro de 2010, quando bateu o carro ao retornar do trabalho (“quando voltava para casa, após uma reunião administrativa tensa na escola, tive um apagão e quando retomei a consciência estava fora da via e tinha batido em dois veículos estacionados”). Após a ocorrência, retornou a escola no dia seguinte, porém nos meses seguintes chorava muito, sentindo-se esgotada e com dificuldade em dar atenção para as 29 crianças da sua sala. Queixou-se com a médica do trabalho que constatou hipertensão arterial e, diante das queixas, foi encaminhada para um neurologista. Segundo ela, as dificuldades se acentuaram quando recebeu mais uma criança com sérios problemas de comportamento e agressividade com as outras crianças. (“Fiquei muito nervosa com a atitude da menina que jogou a cadeira em outra criança da classe e falei com o pai que atribuiu a mim toda responsabilidade pelo comportamento e educação de sua filha”). No dia seguinte, a direção e a supervisora da escola, na ausência da professora, reuniram-se com o pai da nova aluna. (“A direção da escola me desqualificou e me ameaçou pela segunda vez, referindo que eu não poderia reclamar e chorar na frente do pai da aluna”; “a primeira vez no ano passado, diante das outras professoras, a supervisora chamou-me a atenção dizendo que eu deveria fazer o arroz com feijão e nada a mais que não fosse o suficiente”). Desde então, se sentia insegura, chorava muito, não conseguia comer, perdeu peso, tinha insônia e não conseguia mais cuidar dos próprios filhos. Além do cansaço físico, sentia-se exigida além do seu limite emocional. Trabalhou mais 10 dias e afastou-se do trabalho, com CID de depressão e transtorno de adaptação e depois transtorno de estresse pós-traumático. Não conseguiu retornar ao trabalho até o momento. Fez uso de diversas associações medicamentosas, com antidepressivos e ansiolíticos, prescritos pela psiquiatra e, anticonvulsivante, prescrito pelo neurologista. Fez sessões de psicoterapia durante três meses e abandonou as sessões porque se acentuaram os sentimentos de desvalorização pessoal e vontade de morrer. Foi encaminhada ao Serviço de Medicina do Trabalho do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas para estabelecimento de nexos causal do quadro clínico com o trabalho.”<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> LUCCA, S. R. Síndrome de Burnout em Professora da Rede Pública de Ensino: Relato de Caso. R. Laborativa, v. 1, n. 1, p. 86-93, out./2012. Disponível em: < <http://ojs.unesp.br/index.php/rlaborativa> >

## 1. A MODERNIDADE E O (NEO)LIBERALISMO

Antes de mais nada, é preciso ressaltar que os métodos utilizados serão genealógicos e transversais, de forma a melhor exemplificar os pontos trazidos na pesquisa. Portanto, ao utilizar da historiografia tradicional, dados estatais ou perspectivas institucionais, não tomarei como totalidade os seus resultados tampouco aceitarei de forma acrítica. É necessário cruzar discursos para melhor delinear os pontos que tangenciam a temática, eis o método genealógico proposto por Foucault.

Feitas tais ressalvas, é sabido que, do ponto de vista tradicional, os ideais revolucionários da França do século XVII influenciaram multilateralmente a atuação do Estado moderno no controle das populações e dos indivíduos que as compõem. As codificações napoleônicas e sua irradiação às demais subsequentes buscaram imprimir no plano fático, ainda que de forma contrafática, tanto uma concepção própria do Estado, quanto uma percepção estatal sobre o conteúdo dos valores de liberdade, igualdade e fraternidade.

A modernidade, nesse sentido, passou a colocar a vida no centro do fazer estatal. Assim, a sociedade ocidental moderna experienciou a instituição de uma gama de mecanismos reguladores específicos, cuja racionalidade versava sobre uma engenharia social que pudesse viabilizar uma sociedade pretensamente civilizada, isto é, pautada na razão e nos ideais revolucionários.

Dessa forma, irrigada pelo Iluminismo, a codificação constituía, em pretensão, uma espécie de posituação da razão. Acreditava-se que, ao sistematizar o jusracionalismo, o indivíduo - tomado como cidadão jurisdicionado - teria maior segurança jurídica e, portanto, mais liberdade, igualdade e fraternidade. Para garantir a materialização desses valores, o Estado passa, então, a regular a vida do indivíduo de forma biopolítica. Dessa forma, ao subsumir a realidade fática às normas estatais, a liberdade do indivíduo passou a ser condicionada à obediência a um ordenamento jurídico específico que pudesse garantir tal condição. De igual maneira, a desobediência passou a ser tratada como uma afronta à sistemática constituída e, em última análise, aos próprios valores que, em tese, a justificam.

Portanto, este mesmo ordenamento que dispunha sobre as condições de exercício da liberdade, passou a instituir as hipóteses de sua restrição justificável sob os parâmetros sistematicamente insculpidos nas normas e renovados por mecanismos também estabelecidos pelo sistema normativo. A vida, assim, passou a ser regulada tomando a humanidade como espécie biológica e o Estado como mantenedor das condições em que os indivíduos pudessem existir como parte deste organismo social vivo biologicamente concebido: a população.

Nesse sentido, a transgressão às condutas socialmente aceitas passa a ser, em última análise, uma afronta à espécie humana, razão pela qual o Estado toma para si a legitimidade de agir tanto ativamente na produção da vida individual quanto coercitivamente para conter desvios. Não se trata apenas de praticar ações coercitivas pontuais e verticais, como o poder de polícia. Na modernidade, o Estado toma para si a legitimidade de criar instituições cuja racionalidade específica consiste em estabelecer procedimentos de normalização e processos de subjetivação para induzir nos indivíduos padrões comportamentais. Ao vigiar e punir os indivíduos, busca-se, implicitamente, forjar um indivíduo modelo que corresponda aos parâmetros dessa vigilância. Eis o bojo em que se insere a sociedade disciplinar preconizada por Foucault.

*Mutatis mutandis*, em uma espécie de paradoxo da modernidade, o indivíduo torna-se pretensamente livre na medida em que abdica, não voluntariamente, de sua própria liberdade em face de um conjunto normativo que cria instituições próprias de controle e os submete involuntariamente ao seu radar de alcance, nos moldes do contrato social. Nesse cenário, a autonomia do indivíduo é suprimida na medida em que a sua subjetividade é medida como condizente ou desviante face aos processos de subjetivação aos quais o indivíduo é submetido e, ao tomar em proporção, é também submetida a própria população.

Portanto, é perceptível que, sobretudo após a idade moderna, a segurança, a liberdade e os processos de subjetivação dos indivíduos tenham relações intrínsecas entre si, de forma que a correlação entre eles pode ser vista nos diferentes momentos históricos posteriores. Essa relação de disciplina e controle está presente na configuração das racionalidades liberal e neoliberal, que não

possuem identidade conceitual entre si e cujas diferenças serão tratadas nos parágrafos seguintes.

Levando em consideração a perspectiva genealógica foucaultiana, liberalismo e neoliberalismo constituem, para o filósofo, *acontecimentos discursivos* (FOUCAULT, 1969). Dessa forma, tanto a loucura, o hospital, a prisão e a sexualidade quanto o liberalismo e neoliberalismo constituem fenômenos discursivos que determinam de tal maneira nossa subjetividade a ponto de definir aquilo que somos, fazemos e pensamos. Traçado este pano de fundo, o filósofo infere que a tarefa da crítica seria a de colocar em cheque quais elementos tornaram possíveis a aceitabilidade dos discursos, não necessariamente para denunciar uma maldade ontológica e essencial ou elogiar a suavidade dos seus limites, mas para revelar na contingência da sua história a fragilidade capaz de franquear novas possibilidades de ser, fazer e pensar diante dos novos elementos trazidos pela atualidade.

Insta ressaltar que uma particularidade da genealogia é a forma de compreensão dos acontecimentos discursivos. Para o filósofo, ao tomar os discursos como objeto de estudo, é preciso analisar os acontecimentos para além de um posicionamento contrário ou favorável.

Assim, ocorre com o liberalismo e o neoliberalismo o mesmo que com a sexualidade: é preciso pensá-los como acontecimentos discursivos cuja existência só é possível a partir do sujeito de suas práticas. Então, não se trata de tomar posições combativas por tê-los como falsos ou aceitá-los como verdadeiros, mas de mensurar os efeitos do seu investimento sobre a subjetividade dos indivíduos como forma de categorizá-los como pertencentes ou não a determinado funcionamento social, balizado pelo Estado, para tornar os corpos produtivos e dóceis.

Na esteira desse raciocínio, sendo o liberalismo e o neoliberalismo, tanto quanto a sexualidade, indissociáveis daquilo que somos, fazemos e pensamos no presente, melhor que atacá-los ou defendê-los, seria preciso perceber historicamente quais foram às condições de possibilidade que permitiram seus efeitos de determinação sobre a subjetividade dos indivíduos. Efeitos estes que - guardada as devidas proporções e ressaltados os diferentes contextos históricos -

ainda restam presentes na racionalidade de Estado brasileira, sobretudo no contexto da nova configuração do trabalho aliado à contrarreforma psiquiátrica.

Nesse sentido, em 1979, durante seu curso *Nascimento da Biopolítica*, Foucault afirma que “ao falar da governamentalidade liberal não quero, ao utilizar essa palavra ‘liberal’, sacralizar ou valorizar este tipo de governamentalidade liberal. Não quero dizer tampouco que não seja legítimo odiar o Estado” (FOUCAULT, 2004B, p. 197). Assim, Foucault fixa sua posição não como acusatoriamente crítica, mas analiticamente crítica. Nesse sentido, vale lembrar que, por ocasião de uma mesa-redonda organizada em 1978 pela historiadora francesa Michelle Perrot, em torno do panóptico de Jeremy Bentham, Foucault sustentou que:

“[...] o liberalismo não é, evidentemente, nem uma ideologia nem um ideal. É uma forma de governo e de racionalidade governamental muito complexa. E acredito ser dever do historiador estudar como essa racionalidade política pôde funcionar, sob qual preço e usando quais instrumentos” (FOUCAULT, 2001A, p. 855).

Portanto, nem uma ideologia a ser desmascarada, nem um ideal a ser valorizado, o liberalismo e o neoliberalismo constituem racionalidades de governo. Nesse ponto, é preciso retomar de Max Weber que, em termos sociológicos, traça uma relação intrínseca entre racionalidade e ação. Para o sociólogo, a racionalidade é sempre uma ação orientada racionalmente para determinado fim. Assim, racionalidade é uma ação na qual existe a mais perfeita e eficaz articulação entre os meios empregados para atingir um determinado fim almejado. Nesses termos, é possível falar em racionalidade religiosa ou em racionalidade técnica, na medida em que encontramos nesses campos ações nas quais ocorre a adequação ótima entre meios e fins.

Todavia, quando Foucault fala em racionalidade política, é esse mesmo sentido que ele procura discernir ao abordar, por exemplo, o surgimento da razão de Estado na obra de Giovanni Botero:

“a razão de Estado [...] é o conhecimento dos *meios* próprios para fundar, conservar e aumentar um domínio”. [...] Quer dizer que ele [Botero] faz da razão de Estado o tipo de racionalidade que permitirá manter e conservar o Estado a partir do momento em que ele está fundado, em seu funcionamento cotidiano, em sua gestão diária (FOUCAULT, 2004a, p. 243, grifo nosso).

Portanto, a ideia notadamente moderna de racionalidade política surge com os teóricos da razão de Estado. Ao colocarem a exigência de uma adequação ótima entre meios e fins no exercício do poder político, tem-se a racionalidade como método de ação governamental, trazendo-a ao campo político. Portanto, dizer que o liberalismo consiste em uma racionalidade governamental implica compreendê-lo, também, como uma prática na qual se encontra a adequação ótima e adequada entre princípios de governo, técnicas de poder e a conduta dos indivíduos. Para Foucault, é esta adequação ótima entre meios e fins na prática governamental o que confere ao liberalismo uma especificidade histórica capaz de nortear uma lógica estatal biopolítica.

### 1.1. O LIBERALISMO COMO RACIONALIDADE GOVERNAMENTAL

Feitas as considerações iniciais sobre o liberalismo como racionalidade de governo, faz-se necessário, também, traçar, genealogicamente, o desenrolar histórico dessa concepção. Em um primeiro momento, entende-se o liberalismo como uma racionalidade que marcou o giro epistemológico quanto ao fazer estatal na modernidade. O neoliberalismo, por sua vez, ainda que também tido como uma racionalidade de governo, possui vicissitudes próprias que não possuem identidade com a racionalidade liberal. Embora essencialmente apresentem similitudes, os aspectos distintivos e convergentes serão tratados posteriormente.

Assim, retornando ao liberalismo político propriamente dito, enfatiza-se que sua manifestação como forma de governo é marcada pela racionalização da soberania política. A primeira forma de racionalização da soberania política foi a razão de Estado organizada em torno de três elementos que, correlacionados entre si, estabeleciam as diretrizes da governabilidade, quais sejam: i) uma polícia dotada de objetivos internos ilimitados; ii) uma diplomacia dotada de objetivos externos limitados e iii) o mercantilismo equipado com uma forma de racionalidade governamental. Atuando em conjunto, a tríade estabelecia à racionalidade governamental um crescimento interno ilimitado do Estado pelo aumento da população e sua limitação externa pelo mecanismo da concorrência interestatal.

Dessa forma, o princípio de limitação externa dos Estados se apresentou como uma moeda de duas faces. Se, por um lado, foi responsável pelo fim do sonho imperial e o nascimento da Europa pelo estabelecimento de uma balança comercial, por outro, o princípio de crescimento interno ilimitado estabeleceu o despotismo do Estado de polícia. Assim, para garantir a eficiência da concorrência inerente ao mercado internacional incipiente, foi preciso acirrar o controle disciplinar dos indivíduos territorialmente dispostos no seio dos limites nacionais.

Nesse sentido, ressalta-se que a limitação interna da economia política não foi feita para questionar a legitimidade do poder e tampouco se posicionar de forma contrária ao poder soberano. Em verdade, traz à baila unicamente o problema da sua inadequação e da sua inabilidade de propiciar a vida nos moldes economicamente mais favoráveis aos objetivos dos comerciantes e fisiocratas. Assim, é precisamente essa forma de limitação interna que marca o momento histórico em que a racionalidade liberal começa a atuar.

Como dito, a referida atuação não pressupõe oposição ao poder, mas coloca em evidência que “governar demais era, no fundo, não governar; governar demais era induzir resultados contrários aos resultados desejados” (FOUCAULT, 2004b, p. 15). Assim, a racionalidade liberal surge quando o governo excessivo passa a ser considerado prática irracional, isto é, que não dispõe da racionalidade weberiana, de forma que a ação e os meios empregados são inadequados aos fins almejados.

Esse giro se deu quando os fisiocratas defenderam a existência de mecanismos “espontâneos” e “naturais” de regulação da economia, em relação aos quais qualquer governo deveria respeitar caso não quisesse produzir resultados opostos aos almejados. Assim, diante da economia, dos seus processos, da regularidade das suas leis, o governo, cuja função é precisamente governar, deveria cessar de ser governo para dar lugar ao império do *laissez-faire laissez-passer* e da mão invisível do mercado, que, em tese, seria responsável por autorregular as relações comerciais.

As aspirações de fisiocratas como François Quesnay e Adam Smith intentaram delimitar uma parte da realidade social em que o governo não deveria governar tampouco intervir: o comércio e o livre mercado. Para Quesnay, no que concerne à postura do governo perante o comércio “basta o governo zelar pelo



crescimento das rendas dos bens do reino, não entravar a indústria e deixar aos cidadãos a facilidade e a escolha das despesas” (QUESNAY, 1983 p. 338). De modo análogo, Adam Smith infere que:

“o estadista que tentasse orientar pessoas particulares sobre como devem empregar seu capital [...] assumiria uma autoridade que seguramente não poderia ser confiada nem a uma pessoa individual nem mesmo a alguma assembleia ou conselho” (SMITH, 1983, p. 380).

Dessa forma, tem-se que, para os teóricos do liberalismo clássico, a mão invisível do mercado consiste em um processo dito natural, assim denominado por satisfazer os interesses dos comerciantes à época em não querer regulação estatal nas suas atividades. Com isso, a partir do estabelecimento dos saberes da economia política, Foucault demonstra a operacionalidade da sua definição do liberalismo como racionalidade governamental. Ao afirmarem a existência de processos econômicos dotados de espontaneidade e naturalidade, os fisiocratas apenas defenderam interesses pessoais e corporativos. A liberdade econômica não conferiu à liberdade política dos cidadãos, vez que não se buscou reconhecer direitos e liberdades individuais, mas tão somente materializar seus interesses sem interferência estatal.

Para Foucault,

“O que os fisiocratas deduzem disso é que o governo deve conhecer, em sua natureza íntima e complexa, esses mecanismos econômicos. Uma vez que os conhece, deve respeitá-los. Mas respeitá-los não quer dizer que adotará uma armadura jurídica em respeito às liberdades individuais e aos direitos fundamentais dos indivíduos. Significa simplesmente que o governo deve armar sua política de um conhecimento preciso, contínuo, claro e distinto do que se passa na sociedade, no mercado, nos circuitos econômicos. De modo que a limitação de seu poder não se dará em respeito à liberdade dos indivíduos, mas pela evidência da análise econômica que ele saberá respeitar. O governo se limita pela evidência, não pela liberdade dos indivíduos” (FOUCAULT, 2004B, p. 63).

Não se trata, portanto, da tentativa de diminuir a esfera de poder estatal para preservar garantias do indivíduo, como defendem os fisiocratas liberais. Nesse sentido, como demonstrado anteriormente, o liberalismo vai muito além das polaridades dominação-liberalização: trata-se de uma racionalidade de governança. Em verdade, a formação do liberalismo encontra matizes mais complexas que

trazem em si o estabelecimento de um novo regime de verdades pela economia política.

Nessa sistemática, a economia política passa a atuar como mecanismo de *veri-dictio*, isto é, dispositivo que não só *dita a verdade*, mas a prescreve e a impõe para limitar internamente a prática governamental. Essa atuação traz duas principais consequências com relação à prática governamental.

Por um lado, a economia política estabelecerá

“os tipos de discursos considerados verdadeiros; os mecanismos e instâncias que permitirão distinguir os enunciados verdadeiros ou falsos [...]; as técnicas e procedimentos valorizados para obtenção da verdade; o estatuto dos que têm a tarefa de dizer aquilo que funciona como verdadeiro” (FOUCAULT, 1994a, p. 112).

Por outro, a função de lugar de justiça ou jurisdição conferida ao mercado durante o período medieval, dá lugar a função de *veridicção*, um dispositivo de saber que revela e dita o verdadeiro, um instrumento para a constituição de “certo direito da verdade a partir de uma situação de direito” (FOUCAULT, 2004b, p. 37), e que confere à economia política o poder de determinar as ações e abstenções do governo. Por deter os saberes da economia política, o mercado passa a se instituir como legislador diante das práticas governamentais.

Segundo Foucault, nenhum outro regime político na história jamais assumiu essa configuração racional; apenas o liberalismo configurou-se como um tipo de governo que, antes de tudo, pensa e reflete sobre a natureza das coisas, a liberdade da humanidade, e a melhor maneira de conduzir estas coisas e esta humanidade. É nesse sentido que Foucault irá chamar o liberalismo de *tecnologia política*, isto é, uma prática que comporta tanto um aspecto técnico quanto um aspecto lógico, epistemológico, reflexivo. São essas duas dimensões, técnica e reflexiva, que se encontram compreendidas no termo tecnologia.

Entendido nesse sentido, o liberalismo é tanto uma maneira de fazer quanto um modo de refletir sobre as coisas; portanto, uma racionalidade. Sob esse aspecto, o liberalismo mostra-se como um acontecimento discursivo irreduzível na história das sociedades ocidentais. Nesse sentido, Foucault refere-se ao liberalismo dizendo se tratar de

“um novo tipo de racionalidade na arte de governar, um novo tipo de cálculo que consiste em dizer e fazer o governo dizer: eu aceito, eu quero, eu projeto, eu calculo que não é necessário tocar em nada disso [que é o mercado]. É isso o que, creio, chama-se ‘liberalismo’” (FOUCAULT, 2004b, p. 22-23).

Assim, Foucault diz ironicamente que, no fundo, não se deveria falar em liberalismo, mas em naturalismo, tendo em vista que na sua história o que se encontra não é o respeito às liberdades, mas o respeito às naturalidades do mercado, da economia e da divisão do trabalho. O que existe na história do liberalismo são naturalidades, não liberalidades. Todavia, o que é evidente historicamente é sua configuração enquanto racionalidade governamental: o liberalismo é um tipo de prática governamental que, pela primeira vez na história, foi obrigado a tudo conhecer detalhadamente com precisão exaustivamente útil aos intentos da lógica de mercado.

Diante o exposto, tem-se que o liberalismo é uma racionalidade de governo que, para manter-se enquanto tal, tratou de conhecer todos os processos sociais, políticos, religiosos e morais que pudesse viabilizar seu projeto de poder para governá-los conforme as naturalidades da economia. Portanto, considerado como limitação da atividade governamental, o liberalismo não apregoa a valorização das liberdades individuais tampouco busca garantir direitos aos cidadãos: em verdade, reclama simplesmente a proteção de uma economia de mercado dotada de processos que discursivamente se apresentam como naturais e espontâneos.

## 1.2. NEOLIBERALISMO E O *HOMO OECONOMICUS*

O neoliberalismo, para Foucault, não é possui identidade conceitual com o liberalismo e nem se trata de um ponto de chegada se tomarmos o liberalismo como ponto de partida. O filósofo das descontinuidades estabelece genealogicamente as similitudes e distinções entre as duas racionalidades de governo, sobretudo no que concerne aos meios de se estabelecer e subjetivar os valores de mercado.

Para Foucault, no neoliberalismo há uma intervenção tanto mais pesada quanto mais imperceptível no sujeito objeto de controle. Dessa forma, é diretriz do neoliberalismo a imposição de relações estritamente mercantis entre indivíduos, eis

o motivo de alguns estudiosos denominá-lo fundamentalismo de mercado. Assim sendo, nessa racionalidade a lógica do mercado e suas formas de desenvolvimento são tomadas como lógica normativa generalizada, compreendendo seu campo de alcance desde o Estado até o mais íntimo da subjetividade.

Em relação ao liberalismo, o que se percebe é o abandono da aversão à intervenção estatal no mercado. Para começar a pensá-lo como instrumento de intervenção possível na racionalidade neoliberal, passa a ser função do Estado estabelecer continuamente as condições de concorrência. Assim, o Estado passa intervir quando e o quanto for que necessário para fazer as engrenagens da economia continuar girando com máxima eficiência.

Na esteira desse raciocínio, ao realizar as análises do liberalismo econômico e do neoliberalismo, Foucault teve como propósito mostrar a distância que separa, de um lado, o sujeito do liberalismo político e do liberalismo econômico.

Por um lado, há o *homo politicus*: um sujeito concebido como aquele que constitui a si mesmo por um processo negativo de renúncia de si e da própria vontade frente ao exercício do poder político, nos moldes do contrato social. Para os contratualistas, é a força do contrato social que efetiva a liberdade do indivíduo, de forma que para materializá-la, é necessário renunciar a si mesmo em prol do bem comum. Na visão do liberalismo político, nos moldes do contrato social a renúncia das liberdades individuais faz com que seja possível uma liberdade coletiva, sobretudo em razão da previsibilidade como garantia de um Estado de Direito.

Por outro lado, tem-se o sujeito do liberalismo econômico e do neoliberalismo cuja constituição ou autoconstituição toma um aspecto positivo de afirmação de si. Esse sujeito está condicionado de tal maneira aos aspectos econômicos que o circunscreve a ponto de, ao afirmar a si, afirmar indiretamente os dispositivos que o estabelecem enquanto sujeito. A este, Foucault denomina *homo economicus*.

Nesse sentido, o filósofo descreve, nas aulas do Collège de France, entre 1978 e 1979, uma mudança no *homo oeconomicus* da economia clássica e do neoliberalismo. Na economia clássica, tem-se a imagem do sujeito enquanto um ser de necessidades satisfeitas através da troca. Por meio da troca é que torna-se possível gerar e circular riquezas que passam a ser reguladas pela lógica de mercado sem a intervenção estatal.

No neoliberalismo, o *homo economicus* não renuncia mais a si mesmo, mas passa a ser tomado como um empreendedor de si mesmo (FOUCAULT, 2004b). Para o filósofo, “a feição característica do conceito clássico de *homo oeconomicus* é o parceiro de troca e a teoria da utilidade baseada em uma problemática das necessidades” (Ibid., p. 225). O sujeito neoliberal, por sua vez, se autopercebe como “sendo para ele mesmo seu próprio capital, seu próprio produtor, a fonte de seus rendimentos” (Ibid., p. 226), de forma que ele investe nele mesmo e produz sua própria satisfação.

Portanto, no que concerne à produção do sujeito do liberalismo econômico e do neoliberalismo, ocorre algo significativamente distinto do que ocorre com o sujeito do liberalismo político. Para os primeiros, a constituição de si não se dá tanto por um instrumento negativo de renúncia, mas significativamente pela mecânica positiva de um interesse de domesticação dos corpos. Essa domesticação pautada nos valores do mercado é considerada como um dado natural pelo indivíduo do liberalismo econômico, e, pelo sujeito do neoliberalismo, como um produto ambiental, todavia considerado por ambos como obedecendo a uma mecânica que, em vez de renúncia, produz a afirmação de comportamentos econômicos. Portanto, a pretensa naturalidade é, na realidade, forjada pela reiteração das práticas de poder que estruturam e sustentam esse estado artificial de coisas.

Conforme expus anteriormente, no liberalismo econômico o sujeito de interesse é o dado natural frente ao qual o governo deve cessar de ser governo. Nele o *homo economicus* surge frente ao exercício do poder político como alguém que o governo deve deixar fazer e, ao mesmo tempo, sobre quem se deve estimular, incitar, excitar a fazer. Nesse sentido, no liberalismo econômico, o interesse aparece em relação ao governo, simultaneamente, como consciência individual e como interesse da população (FOUCAULT, 2004a, p. 300).

No neoliberalismo, todavia, o sujeito de interesse não aparece como dado, mas como produto do ambiente em que se encontra. Nesse sentido, o interesse não pode estar nem sujeito à proteção nem ser objeto de gestão governamental, deve ser produzido por uma ambientalização reiterada. A intervenção governamental deverá focar, sobretudo, no ambiente e tudo o que nele existe como variável ambiental para a produção de comportamentos econômicos. Assim, a subjetivação

do ambiente forjado faz com que, também, a subjetividade seja produto, resultado do controle ambiental em que o sujeito se insere e realiza a produção da vida.

Nessa toada, o neoliberalismo acaba por promover uma desnaturalização radical do interesse. O interesse do sujeito não é mais um dado natural a ser garantido pelo ordenamento estatal e tampouco aparece sob a forma da vontade substanciada por escolhas individuais irredutíveis e intransferíveis referidas ao próprio sujeito. Para o neoliberalismo, o comportamento do *homo economicus* não é, de fato, naturalmente econômico, mas poderá assim ser se encontrar o ambiente necessário. Portanto, o fazer estatal passa a mirar a ambientalização forjada do sujeito disciplinarmente controlado.

O interesse é simplesmente o que se produz a partir de certas variáveis encontradas em determinado ambiente. Consequentemente, não é preciso mais imaginar a existência de uma parte nos indivíduos que deveria ser intocada, protegida, imune, inacessível à ação governamental. Seja sua vida coletiva como espécie ou os aspectos mais íntimos da sua existência como indivíduo, nada deve escapar à ação do governo, mais ainda: à lógica de mercado que substancia a ação governamental.

Com isso, o neoliberalismo inaugura uma nova prática política a partir da qual o foco da ação governamental será deslocado de uma liberalização da vida da população para uma neoliberalização ampla e radical do indivíduo vivo. Na sua desnaturalização do interesse, o neoliberalismo provocou uma extraordinária politicização do desejo. Na ótica biopolítica, pode-se dizer que houve a biopolitização do desejo no sentido de torná-la objeto do controle biopolítico.

É no contexto do neoliberalismo, que estas produções de ambientidades fazem com que as intensidades das práticas de poder substanciem os modos como os sujeitos serão administrados. A elevação ao máximo dos espaços de concorrência no trabalho se aproxima e se relaciona profundamente com os transtornos mentais.

## 2. BIOPOLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

A complexidade atinente ao tema da saúde mental advém, sobretudo, da zona limítrofe em que se encontra. Se, por um lado, o sujeito é o objeto em análise, por outro, os processos de subjetivação que o caracterizam são, também, resultado da assimilação individual não voluntária dos discursos hegemônicos que o atravessam e das condições sociais em que se encontra. Portanto, falar de saúde mental é falar da confluência de muitos fatores que a constituem enquanto tal.

Assim, há uma zona limítrofe e difusa quanto à caracterização do sujeito dos estudos foucaultianos. Isso ocorre pois, para o filósofo, o sujeito só é concebido enquanto tal se participe de um jogo social estabelecido pela arte de governar a vida que substancie essa subjetividade condicionada. Na modernidade, são os discursos de saber-poder que estabelecem um sujeito universal e o concebem enquanto condizente com os padrões morais difusos de produtividade e docilidade. É, inclusive, esta inclusão nos parâmetros morais que atestará sua normalidade e o privará das sanções disciplinares pelo desacordo à normalidade.

Portanto, é temerário falar na existência de uma “saúde mental” sem antes contextualizá-la nestes termos. É preciso pontuar que estar saudável mentalmente é, antes de tudo, estar adequado aos inúmeros discursos disciplinares que atravessam o sujeito, sobretudo do poder psiquiátrico. Nesse sentido, os ditos transtornos mentais delineiam um desajuste entre a autopercepção do sujeito e sua identidade social, com consequências psicossociais e psicossomáticas ao indivíduo que, em larga escala, viram força motriz de um problema conjuntural. Esse problema se dá na dinâmica da biopolítica.

### 2.1. SAÚDE MENTAL, PODER PSIQUIÁTRICO, POPULAÇÃO E BIOPOLÍTICA

Em sua obra intitulada *A história da loucura na idade clássica*, publicada em 1961, Foucault (2002) aborda, de maneira arqueológica, o processo histórico que acabou por transformar a loucura em doença mental. Ao longo do livro, o autor demonstra que a atual concepção de alienação mental de cunho psiquiátrico ganha outros contornos se revista por uma arqueologia da loucura na história ocidental.

Assim, ao analisar a história da loucura do Renascimento à modernidade, o filósofo demonstra que a fagocitação da loucura pelo saber médico é um acontecimento recente e é marcada por movimentos históricos específicos. O nascimento da clínica, o isolamento asilar, a criação e formalização de um espaço terapêutico destinado à curar os loucos - que, a partir de então, passaram a ser considerados doentes mentais - são fenômenos conexos a essa transformação da loucura em patologia psiquiátrica.

A psiquiatria nasce no início do século XIX, justamente no momento em que a medicina passa a tratar o louco como doente. Dessa forma, o saber médico passa a deter o conhecimento da loucura, produzindo enunciados sobre a doença mental, exercendo domínio sobre a loucura e o louco e incidindo sobre novas práticas sociais. Ao criar um correspondente terminológico que atribui caráter patológico à repressão inicialmente moral, tem-se o aval científico para reiterar o caráter repressivo aos ditos anormais. Essa estreita relação entre poder, discurso científico - sobretudo discurso médico - e dispositivos para repressão e controle é longamente explorada nos estudos foucaultianos.

Em um primeiro momento, é preciso situar a medicina como um ente legítimo a classificar quantitativa e qualitativamente a situação do paciente a ponto de produzir diagnósticos específicos a cada situação. Isso ocorre na localização de fraturas ou lesões ao longo do corpo e na medicalização dos sintomas relativos às dores. Há, portanto, a legitimidade para realizar diagnósticos absolutos.

Na psiquiatria manicomial, porém, os diagnósticos não estão pautados tão somente nos aspectos biológicos do organismo humano. Nos diagnósticos psiquiátricos, nos quais percebe-se a ausência de corpo ou lesões físicas, é legítimo produzir diagnósticos baseado em um código binário de normalidade-anormalidade que escapam o alcance do campo das ciências biológicas. Contudo, por estarem no campo da medicina, detém a legitimidade do caráter absoluto de seus diagnósticos. Na lógica manicomial, os cuidados de acompanhamento clínico possuem caráter punitivo e focam prioritariamente na adequação do comportamento.

Assim, o diagnóstico não estará pautado em anomalias que se percebem em tecidos ou órgãos. Na realidade, ocorre a atribuição do caráter anormal a condutas, hábitos e ações, não só do paciente, mas também de sua árvore genealógica e sua



rede afetiva, dado que o interrogatório é um instrumento para a constatação de anormalidades. Em larga escala, ocorre a patologização de condutas - ou consequências psicossomáticas perante a adequação forçada e reiterada a determinado contexto - comuns a determinados grupos, dado que os sintomas patologizados são mazelas sociais.

Dessa forma, o hospital psiquiátrico público se mostra como uma instituição total pela qual o Estado toma para si a competência de reeducar o indivíduo em tratamento para reinseri-lo à sociedade, tal como as instituições carcerárias. A pessoa portadora de doença mental é submetida a um exame médico inerentemente político. Assim, a autoridade médica a qual é investido o poder absoluto do diagnóstico possui aspectos não biológicos para agravar ou atenuar um diagnóstico médico. A legitimidade do diagnóstico se ancora na representação hormonal e comportamental que a exposição a determinado contexto ocasiona no corpo.

Frisa-se que não se trata, por óbvio, de interesses políticos escusos e pessoais entre médico perante paciente - pois independe da vontade dos indivíduos, vez que decorre dos poderes que os atravessam - mas demonstração da biopolítica, sobretudo por meio do poder psiquiátrico, de legitimação de um discurso que atribui normalidade a determinados comportamentos e anormalidade a outros sob a égide da autoridade médica. Em suma, percebe-se a produção do discurso médico sob a égide da racionalidade biopolítica.

Para o filósofo, na tradição ocidental, a loucura é atravessada por um processo de desqualificação da verdade do louco, tida como uma oposição radical aos enunciados da razão: estes, os únicos detentores da legitimidade de falar e ser ouvido na modernidade. Uma vez expulsa a loucura do registro da razão e qualificada enquanto doença, o louco perde, instantaneamente, a possibilidade de ser escutado: resta o asilo e os métodos de cura.

Nesse sentido, a loucura figura, portanto, como resultado de um processo falho de docilização para produtividade que inadequa os que se inserem nessa condição à produção da vida coletiva nos moldes trazidos pela modernidade. O asilo figura, portanto, como a solução imediata para coibir os efeitos de uma potencial proliferação de irracionalidade da loucura.

Conforme demonstrado, na modernidade, o campo da razão passa a ser o único qualificado a "dizer" qualquer coisa, i.e., criar enunciados científicos com legitimidade para produzir efeitos sociais. Assim, uma vez que a história da loucura é também o processo de produção da doença mental, trata-se, em mais assertiva análise, da história da "suspensão da loucura como linguagem proscrita" (FOUCAULT, 1972, p.579). Este processo de tentativa de expulsão da loucura não só do registro razão-verdade como também de toda cena social possível, culmina na criação, pela nascente psiquiatria do século XIX, dos asilos para os alienados.

Para Foucault,

As disciplinas lidavam praticamente com o indivíduo e com seu corpo. Não é exatamente com a sociedade que se lida nessa nova tecnologia de poder [...] É um novo corpo: corpo múltiplo, corpo com inúmeras cabeças, se não infinito pelo menos necessariamente numerável. É a noção de "população". A biopolítica lida com a população, e a população como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder [...] (FOUCAULT, 1999, p. 292-293).

Dirigindo-se a uma população, o Estado pautado pela biopolítica governa pessoas, não como súditos submetidos a um poder central, mas indivíduos que participam de modo ativo da produção da vida coletiva. Contudo, ao tornar-se parte dessa produção vital coletiva, o indivíduo passa a reiterar certos mecanismos que a tornam possível, reproduzindo e legitimando processos de subjetivação que o atravessam e controlam, tendo o corpo como principal alvo. O controle sobre o corpo ocorre por meio do biopoder no interior das instituições totais.

A partir, então, dos apontamentos feitos, tem-se que a biopolítica é algo que acontece com a política na história ocidental, a partir sobretudo do século XVIII, podendo ter começado no séc XVII. Trata-se de uma racionalidade enquanto mecanismo apto a tornar a atividade política do Estado uma ação de governo sobre a vida biológica dos indivíduos e sobretudo enquanto é uma ação do estado sobre uma vida de uma população, inclusive sobre a espécie humana.

Assim, a biopolítica faz com que não só se controlem os corpos das pessoas em cada sociedade, mas também a população como um todo e através desse controle é que se promove a vida tanto dos indivíduos quanto da população.

Nesse ponto, vale destacar que é a partir do séc XVIII que pode-se dizer que há o nascimento das políticas públicas. Isso ocorre pois o Estado passa a ter como tarefa cuidar da saúde das pessoas e fazer com que pessoas vão à escola, por exemplo. A obrigatoriedade da escolarização nasce no séc XVIII. Portanto, cuidar da saúde e prevenir epidemias passa a ser uma tarefa de competência pelo Estado.

É após o nascimento da biopolítica que nascem certos saberes tais como a estatística. Trata-se de um saber do Estado sobre os indivíduos e sobre a população. De posse de saberes estatísticos se torna possível estabelecer estratégias para que essa população se torne dócil e produtiva. Para Foucault, é o tempo em que se pode falar de fato de uma revolução industrial, dado que a civilização se torna cada vez mais urbana.

A partir desses termos, podemos dizer que a ação do Estado é biopolítica. O termo é cunhado no século XIX, mas vem à tona no século XX com a obra de Foucault. Para o filósofo, a política se transforma em domínio sobre a vida e promoção da vida a partir do século XVIII. O direito à vida, felicidade, direitos humanos em geral relacionados a uma revolução moderna tem a ver com a biopolítica.

Na esteira do raciocínio trazido, nota-se na dinâmica biopolítica, a zona limítrofe em que se encontra a configuração de doenças mentais. Os enunciados científicos que substanciam a biopolítica tratam de caracterizar os indivíduos como normais ou anormais perante o funcionamento social. Assim, a zona limítrofe é aquela que estabelece e que permeia qualquer análise que se faça no campo do binômio normalidade-anormalidade.

O padrão normativo-discursivo que forja um pretense sujeito universal é criado no seio da sociedade e nela se capilariza por meio das relações de poder. Portanto, o sujeito não se não estabelece no campo da ontologia, mas no campo difuso dos inúmeros mecanismos estruturais e morais que atravessam o sujeito. Assim, ao passo que certas características conferem a normalidade ao indivíduo, pela falta delas, forja-se o corpo dissidente, o anormal.

Portanto, ao presumir a anormalidade do sujeito com base em dados cientificistas, justifica-se em contrapartida a utilização de meios igualmente científicos, muito embora moralmente questionáveis, para adequá-lo à normalidade.

A partir da rede de conhecimentos fundamentados na premissa da anormalidade, os discursos de poder agem nos indivíduos de forma a torná-los dóceis e produtivos e, portanto, afastados da figura do não-sujeito a quem é socialmente atribuída a condição de anormalidade. Ao sujeito tido como anormal, resta a repressão moral e estatal com vistas a adequá-lo a uma condição socialmente inteligível como normal.

Dessa forma, a anormalidade, assim como sua antípoda, é resultado de um processo social que atravessa os indivíduos e se manifesta condicionando certas individualidades à categoria de desviantes ou não à normalidade socialmente criada. A produção discursiva que forja o sujeito universal se dá, sobretudo, por intermédio dos dispositivos.

O conceito de dispositivo, como instrumento analítico, é apresentado e desenvolvido por Foucault em sua obra *História da Sexualidade*, sobretudo no capítulo *A vontade de saber*. Todavia, em entrevista concedida à International Psychoanalytical Association (IPA), em poucas palavras, o autor conceitua dispositivo como

“um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode tecer entre estes elementos” (Foucault, 2000, p. 244).

Os dispositivos são, portanto, os mecanismos com os quais a rede difusa de saberes discursivos atua, por ação ou omissão, na produção dessa subjetividade que fagocita o indivíduo para discipliná-lo. Para atender ao ideal pretendido, o indivíduo moderno é condicionado a reconhecer-se perante aos parâmetros já criados pela modernidade. Portanto, para ser reconhecido como normal e gozar dos privilégios de tal categorização, o sujeito deve ter sua existência reconhecida perante os dispositivos já existentes que forjam o sujeito modelo.

Em outras palavras, o indivíduo moderno é classificado quanto à sua presença no ensino regular, às estatísticas que circunscrevem suas vivências, aos seus antecedentes criminais que atestam sua presença ou não em instituições carcerárias, à inocorrência de histórico psiquiátrico, dentre outros. Ou seja, a prática

de sua subjetividade condicionada ensinará em uma adequação ou não a categorias já criadas para o reconhecimento institucional e moral de sua identidade e personalidade. Reconhecimento, este, feito perante instituições totais e sob os parâmetros nela criados.

Assim, ainda que o indivíduo se autoperceba por parâmetros distintos daqueles institucionalmente estabelecidos, os dispositivos normativos pré-existentes enquadram-no a categorias sociais previamente delineadas. Concomitantemente, os desvios de personalidade são devidamente documentados para que as mesmas instituições atuem de forma a coibí-los, inclusive coercitivamente. Isso ocorre, sobretudo, em razão do liberalismo estabelecer as relações de mercado como naturais de forma que, inadequado, o indivíduo vai contra sua própria natureza e deve ser recolocado nela por meio das instituições totais.

Não é intento encerrar a análise da autopercepção do indivíduo com base em uma subjetividade dotada de plena autonomia da vontade. Se assim fosse, pouca importância teriam os processos externos que forjam e condicionam a subjetividade, dado que, partindo dessa premissa, o sujeito seria capaz de assimilá-los e ter responsabilidade total e individual pela referida assimilação. Trata-se de contextualizar o bojo em que ela floresce, para acinzentar a percepção preto e branca do binômio normalidade-anormalidade que atravessa os indivíduos e individualidades.

Tampouco é intento desse trabalho encerrar a análise do indivíduo em um fatalismo determinista. A influência que as estruturas exercem sobre o indivíduo é notória e tomada aqui como presunção. Contudo, é necessário inserir o sujeito em um jogo de forças contrárias cuja soma não é zero. Muito embora as estruturas exerçam forte influência na construção da subjetividade, a ponto de adentrar em e condicionar aspectos significativos de sua percepção subjetiva, encerrar a análise presumindo que as estruturas determinam totalmente a subjetividade é, em princípio, reduzir o indivíduo aos discursos institucionais que o forjam e o condicionam enquanto conceito. Assim, o indivíduo transita nos resquícios deixados por essa soma de vetores antagônicos, não se confundindo nem com um determinismo estrutural nem como uma permissividade neoliberal.

Os parâmetros criados para reconhecimento do indivíduo perante as instituições não se restringem a seu regimento institucional interno. A disposição arquitetônica comum a determinadas instituições como o hospital, a prisão, as escolas, conferem à experiência humana moderna uma presença constante da viligância hierárquica. Seja o professor, o médico, o agente carcerário, todos são profissionais dedicados a garantir, sob os parâmetros institucionais, que o sujeito hierarquicamente inferior corresponda aos parâmetros reformatórios que o validem institucionalmente como sujeito.

Contudo, os ditames regimentais, arquitetônicos e institucionais são atravessados pela racionalidade liberal e pela governamentalidade biopolítica. A sexualidade, por exemplo, figura como um importante dispositivo normativo cuja instrumentalização historicamente atribuiu a condição de anormalidade, por exemplo, a determinadas orientações sexuais ou papéis de gênero pela falta de aderência destes grupos ao *status quo* político em que se inseriam.

Não por acaso, a *histeria* tem origem etimológica do grego *hystéra*, que significa útero. O termo foi usado, sobretudo, para desqualificar reações femininas e atribuir caráter patológico a condutas reativas às imposições patriarcais que, ao mesmo tempo em que impunha papéis de gêneros específicos, reprimia violentamente manifestação distinta da imposta. O termo histeria foi utilizado por Hipócrates para denominar certo movimento sanguíneo irregular entre útero e o cérebro.

À época, ainda que muito distante da medicina moderna tal qual concebemos, percebe-se o uso do discurso científico para pretensamente tornar neutra uma repressão moral já existente e pretendida. Dessa forma, nas suas diferentes vestes, a autoridade médica e seus discursos deram um pretenso ar de neutralidade à repressão que antecedeu e substanciou o termo concebido. Nesse sentido, Foucault demonstra que o giro epistemológico que surge com o nascimento da clínica na modernidade acentua e cria mecanismos específicos de controle pelo saber-poder médico na modernidade.

De maneira similar, resguardada devidas proporções, a homossexualidade foi historicamente reprimida pelas instituições e acabou por ser catalogada como patologia psiquiátrica. Com isso, a repressão moral difusa ganha substância e,

como patologia, a autoridade médica dispõe da mesma legitimidade para produzir um diagnóstico absoluto com intento de curá-la tal qual se cura um tecido com disfunção ou um organismo viral em um metabolismo saudável.

Diante disso, é evidente que a produção de enunciados científicos sobre saúde mental guarda relações significativas com a necessidade de atribuir caráter patológico a condutas indesejáveis a certo funcionamento social, sobretudo ao funcionamento de mercado.

A mercantilização da loucura foi denunciada pela luta antimanicomial brasileira e culminou com a criação de uma política de saúde mental que preconizava o tratamento humanizado do indivíduo com doença mental. Todavia, a portaria 3.588/17 do Ministério da Saúde e a denominada Nova Política de Saúde Mental estabelecem a chamada contrarreforma psiquiátrica, retrocedendo substancialmente .

## 2.2. A LUTA ANTIMANICOMIAL E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRA: UMA BREVE ANÁLISE

O processo de Reforma Psiquiátrica tem início, no Brasil, nos anos 70. As proposições reformistas ocorrem no contexto de eclosão do “movimento sanitário” que tinha como intuito substituir o modelo manicomial por modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, com o intuito de defender a saúde coletiva e dar protagonismo, nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado, aos próprios trabalhadores e usuários dos serviços de saúde.

Ainda que se situe, também, no aduzido contexto pátrio, o processo reformista brasileiro faz parte de um front internacional de reformas institucionais com o intuito de superar a violência asilar. Nos anos finais da década de 70, de um lado, restava evidente o fracasso do modelo centrado no hospital psiquiátrico e, de outro, a crise impulsionava a proposição de modelos assistenciais alternativos por movimentos sociais de diversas sortes, aglutinados pela defesa dos direitos de pacientes psiquiátricos. Diante disso, a reforma psiquiátrica se mostra como um processo político complexo, cujos atores sociais extrapolam as instituições estatais

que participaram do processo de edição de leis e institucionalização de políticas governamentais.

É preciso entender a reforma como um processo de irradiação extrainstitucional. As alterações atingiram as esferas federal, estadual e municipal seja nos meios acadêmicos, seja nas associações de cuidado tanto ao sujeito com desajustes psicossomáticos aos familiares, nos conselhos profissionais, nos serviços de saúde privados e em movimentos sociais no geral. O intuito era adentrar nas esferas do imaginário social e da opinião pública.

Assim, o movimento reformista tinha como intento ser assimilado como um conjunto de transformações de saberes, valores culturais e sociais, que impulsionariam práticas humanizadas. É no seio do cotidiano institucional, da prestação alternativa de serviços e da rede de relações interpessoais que a Reforma psiquiátrica ganhou corpo – ou corpos – e procurou avançar, a despeito dos desafios inerentes a sua implementação.

A crítica ao modelo hospitalocêntrico toma contornos efetivos em 1978, quando surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). O movimento consistia na junção pragmática de trabalhadores integrantes do movimento sanitário, sindicalistas, associações de familiares, membros de associações de profissionais e indivíduos com vasto histórico de internações psiquiátricas.

O front, por meio de diversos campos de luta, protagonizou a construção do caminho reformista por meio de incessantes manifestações contrárias à violência que tinha os internos manicomialistas como alvo em decorrência do poder psiquiátrico; o estigma do paciente psiquiátrico e a denúncia da mercantilização da loucura, sobretudo em virtude da hegemonia de uma rede privada de tratamento aos “anormais”. Desse modo, a superação do modelo alvo de críticas só poderia ser feita mediante construção coletiva. (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental e Outras Drogas. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005)



A inspiração desinstitucionalizadora no tocante à psiquiatria veio, sobretudo, da experiência italiana. O viés veementemente crítico às instituições psiquiátricas e a ascensão das críticas ao manicômio no país proporcionaram, ao movimento reformista brasileiro, a ruptura paradigmática. Nesse sentido, a Colônia Juliano Moreira, asilo situado no Rio de Janeiro que contava com mais de 2.000 internos no início dos anos 80 passa a ser alvo de severas críticas.

Há o surgimento das primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência. Em 1987 é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, também no Rio de Janeiro. Concomitantemente, o II Congresso Nacional do MTSM, realizado em Bauru, São Paulo adota o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Do encontro, surge a icônica “Carta de Bauru”, também denominada “Manifesto de Bauru”, que estabelece as pautas defendidas pela luta antimanicomial, *in verbis*:

#### **“MANIFESTO DE BAURU**

Um desafio radicalmente novo se coloca agora para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Ao ocuparmos as ruas de Bauru, na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação.

Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos.

O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada.

O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida.

Organizado em vários estados, o Movimento caminha agora para uma articulação nacional. Tal articulação buscará dar conta da Organização dos Trabalhadores em Saúde Mental, aliados efetiva e sistematicamente ao movimento popular e sindical.

Contra a mercantilização da doença!

Contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular; pela reforma agrária e urbana; pela organização livre e independente dos trabalhadores; pelo direito à sindicalização dos serviços públicos; pelo Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988!

Por uma sociedade sem manicômios!

Bauru, dezembro de 1987 - II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental”

Na época, o maior manicômio pátrio, o Hospital Colônia, de Barbacena (MG), matou mais de 60 mil pessoas e vendia os corpos para faculdades de medicina do País – tema do livro “Holocausto Brasileiro”, da jornalista Daniela Arbex. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Reforma Psiquiátrica e Manicômios Judiciários: Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Brasília, Ministério da Saúde, 2002).

O processo de desinstitucionalização, então, seguiu propondo a redução de leitos e a avaliação anual dos hospitais como forma de impulsionar a reforma e quantificar os abusos que ocorria em seu interior. A principal estratégia era a da redução progressiva dos hospitais de grande porte. Foi criado, então, o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH), o Programa de Volta para Casa e a expansão de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial e as Residências Terapêuticas, viabilizando a redução de milhares de leitos psiquiátricos no país e propiciando o fechamento de diversos hospitais psiquiátricos.

Nesse processo, os manicômios Judiciários se tornaram um importante desafio para a Reforma, dado o aspecto legal em que se ancorava. O movimento reformista seguiu com a instituição da rede de cuidados na comunidade. Para tanto, evidenciou a importância e pertinência dos conceitos de rede, território e autonomia na construção da rede de atendimento. Não com ressalvas, o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) teve um papel estratégico, sobretudo na descentralização do tratamento e da inserção perante a comunidade. A saúde Mental na atenção primária, por meio da articulação com o programa de saúde da família, buscou

ampliar o alcance da assistência para o âmbito familiar. Desse solo, surge também a rede de saúde mental para a infância e adolescência.

Portanto, foi a organização da sociedade civil em prol da conscientização da violência asilar e da mercantilização da loucura que propiciou um avanço humanitário no trato de internos em tratamento psiquiátrico. Não obstante ser, tal como o sistema manicomial, uma manifestação do poder biopolítico do Estado, a Política de Saúde mental, que origina a Reforma psiquiátrica, cuidou de conter os danos das práticas desumanas que ocorriam em hospitais gerais.

### 2.3. A REFORMA PSIQUIÁTRICA;

Em 1990, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgaram um documento intitulado: *A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de Saúde Mental*, que ficou conhecido como a Declaração de Caracas e teve o Brasil como público-alvo.

O intuito do documento era legitimar institucional e ideologicamente o processo de luta antimanicomial buscava reconhecimento para efetivar mudanças fáticas e institucionais, como a criação de legislação específica para proteção do indivíduo em tratamento de transtornos psiquiátricos.

#### **DECLARAÇÃO DE CARACAS**

**(ADOTADA PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE EM CARACAS, VENEZUELA, EM 14 DE NOVEMBRO DE 1990)**

As organizações, associações, autoridades da saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde.

#### **Notando que**

1. A atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, integral, descentralizada, contínua, participativa e preventiva;
2. O hospital psiquiátrico como uma única modalidade assistencial dificulta a consecução dos objetivos acima mencionados por:
  - a) Provocar o isolamento do paciente de seu meio, gerando dessa maneira maior incapacidade para o convívio social;

- b) Criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do paciente;
- c) Absorver a maior parte dos recursos financeiros e humanos destinados pelos países aos serviços de saúde mental;
- d) Fomentar um ensino insuficientemente vinculado às necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores.

**Considerando que**

A Atenção Primária de Saúde é a estratégia adotada pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Pan-americana de Saúde, referendadas pelos Estados Membros para a consecução da meta Saúde para Todos no Ano 2000;

Os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) foram estabelecidos pelos países da região para facilitar a consecução dessa meta por oferecerem melhores condições para o desenvolvimento de programas baseados nas necessidades da população e com características descentralizadas, participativas e preventivas;

Os Programas de Saúde Mental e Psiquiatria devem adaptar-se aos princípios e orientações que fundamentam essas estratégias e modelos de organização de atenção à saúde.

**DECLARAM:**

Que a reestruturação da atenção psiquiátrica ligada a Atenção Primária de Saúde e nos marcos dos Sistemas Locais de Saúde permite a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e nas suas redes sociais;

**Que a reestruturação da atenção psiquiátrica na região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços; (grifo nosso)**

Que os recursos, cuidado e tratamento devem:

**Salvaguardar invariavelmente a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; Estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; Propiciar a permanência do paciente em seu meio comunitário.**

Que as legislações dos países devem se ajustar de maneira que:

Assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes mentais; Promovam a organização de serviços que 9 garantam seu cumprimento;

Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e psiquiátrica deve ser realizada apontando para um modelo cujo eixo passe pelo serviço de Saúde comunitário e propicie a internação psiquiátrica em hospitais gerais, de acordo com os princípios diretores que fundamentam esta reestruturação;

**Que as Organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam acordada e solidariamente a assegurar e desenvolver nos países programas que promovam a reestruturação, assim como se comprometam pela promoção e defesa dos direitos humanos dos pacientes mentais de acordo com as legislações nacionais e com os respectivos compromissos internacionais. (Grifo nosso)**

**Para o qual****CONCLAMAM:**

Os Ministérios de Saúde e Justiça, os Parlamentos, a Seguridade Social e outros prestadores de serviços, as organizações profissionais, as associações de usuários, universidades e outros centros de capacitação, organizações de defesa dos direitos humanos e os meios de comunicação social, com o objetivo de apoiar a reestruturação da Atenção Psiquiátrica, assegurando assim o êxito na sua implementação em benefício das populações da região.

Assim, conforme se extrai do documento, a declaração passou a conclamar atores sociais, seja da sociedade civil, seja dos Poderes constituídos para implementar direitos humanos no que se refere ao trato humanidade de pacientes psiquiátricos. É evidente, no documento, que isso se dá por meio da descentralização do manicômio no tratamento de doenças de índole mental.

Após onze anos da divulgação do documento, é aprovada a Lei Federal 10.216/01 que assegura a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, dando primazia ao modelo assistencial no trato da saúde mental.

Dispõe o art. 1º do referido diploma legal que:

**Art. 1º** Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Primordialmente, o legislador teve por objetivo assegurar os direitos fundamentais inerentes à dignidade da pessoa humana, independentemente de sua condição patológica. Trata-se de um processo de humanização a figura do paciente em tratamento perante o ordenamento, desgastada pelo estigma e desconhecimento sociais que permeiam a pessoa acometida por doenças mentais.

No artigo seguinte, há um rol exemplificativo dos direitos relativos à pessoa portadora de transtorno mental. Muito embora se apresente de forma taxativa, a norma infraconstitucional é hierarquicamente inferior aos princípios e direitos fundamentais dos quais decorrem. Assim, a proteção ao portador de distúrbios mentais deve se dar, antes de tudo, em observância ao texto da Carta Magna e,

sobretudo, aos princípios e normas constitucionais atinentes aos direitos à saúde e dignidade.

**Art. 2º** Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

**II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;**

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

**VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;**

**IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.**

É possível notar a relação existente entre garantia de direitos e o trato humanizado. Nesse sentido, o modelo assistencial não figura apenas como um modelo facultativo ao sistema manicomial, mas como substitutivo e de superação. É vedado retroceder na seara dos direitos adquiridos e os incisos mencionados elencam os métodos alternativos de tratamento a status de direitos adquiridos.

Dessa forma, por ser dever do Estado Democrático de Direito promover, de forma contrafática, mudanças fáticas na realidade social, o art. 3º da aduzida Lei atribui ao Estado a responsabilidade de desenvolver políticas públicas que viabilizem assistência humanizada às pessoas em tratamento.

**Art. 3º** É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Da legislação em questão, origina-se a Política de Saúde Mental a qual, em suma, visa garantir o cuidado ao paciente através de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. A consolidação dos intentos da luta antimanicomial pela via legislativa é denominado de Reforma Psiquiátrica e passou a nortear o tratamento humanizado dos pacientes psiquiátricos, superando a violência asilar para abrir novos caminhos no tratamento de pessoas acometidas por doenças psiquiátricas.

#### 2.4. SÍNDROME DE BURNOUT, DEPRESSÃO E TRABALHO

Conforme demonstrado anteriormente, para Foucault, as doenças mentais são, sobretudo, enunciados médicos que corroboram os intentos de docilização e domesticação dos corpos. Na dinâmica biopolítica, é uma forma de conferir ao poder psiquiátrico a legitimidade para produção de diagnósticos que atestem a normalidade de subjetividades, nos moldes pretendidos pela modernidade. No âmbito de intersecção entre saúde mental e trabalho, será enfoque do capítulo a apresentação de dados quanto à depressão e síndrome de burnout.

Contudo, ainda que reconheçamos o contexto em que se inserem, suas consequências têm implicações reais e profundamente sensíveis, de forma que tratar de patologias psiquiátricas tem sido um dos grandes desafios do século. Portanto, é preciso analisar os dados relativos às doenças psiquiátricas para mensurarmos a magnitude do problema que representam.

Dentro do âmbito dos enunciados médicos, o CID 10 é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, frequentemente designada pela sigla CID (em inglês: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD). Em outras palavras, o Código Internacional de Doenças é um catálogo de doenças para nortear diagnósticos e unificar internacionalmente o reconhecimento de patologias em geral. Sendo assim, fornece códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças.

A correspondência permite o reconhecimento do diagnóstico nos mais variados países e possui subdivisão conforme a especialidade médica

correspondente. Por exemplo: doenças ortopédicas correspondem ao CID-10 M, ao passo que doenças psiquiátricas correspondem ao CID-10 F. Dessa forma, a fibromialgia tem correspondência com o CID M79.9 e a Depressão com o CID-10 F32, sendo reconhecida como CID F32.0, se leve; como CID F32.1, se moderada; como CID-10 F32.2 se grave sem sintomas psicóticos e F32.3 se também grave porém com sintomas psicóticos e assim em diante.

Especificamente quanto às doenças psiquiátricas, restam dispostas no Capítulo V da Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde e, conforme mencionado, são representadas pela letra F. Neste capítulo, são enunciados os transtornos mentais e comportamentais. Os transtornos são ordenados do CID-10 F00 ao CID-10 F99, com subpontos relativos ao grau de manifestação.

Assim, do CID F00-F09, tem-se os transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos; do CID F10-F19, os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa; do CID F20-F29, a esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes; do CID F30-F39, transtornos do humor [afetivos]; do CID F40-F48, transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes; do CID F50-F59 síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos; do CID F60-F69, distorções da personalidade e do comportamento adulto; do CID F70-F79, o retardo mental; do CID F80-F89, os transtornos do desenvolvimento psicológico; do CID F90-F98, os transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência; e o CID F99 que descreve os transtornos mentais não especificados.

A síndrome de burnout, cuja parcela do nome está emprestada ao título deste trabalho, está incluída na 11ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) como um fenômeno ocupacional e com correspondência da CID-11 Z73. A CID-11 foi apresentada para adoção dos Estados Membros da OMS em maio de 2019 (durante a Assembleia Mundial da Saúde), entrará em vigor em 1º de janeiro de 2022. A versão atualizada é uma pré-visualização e permitirá aos países planejar seu uso, preparar traduções e treinar profissionais de saúde.



Nessa classificação, a Síndrome de Burnout não é classificada como uma condição de saúde e se encontra descrita no capítulo “Fatores que influenciam o estado de saúde ou o contato com os serviços de saúde”, que inclui razões pelas quais as pessoas entram em contato com serviços de saúde, mas que não são classificadas como doenças ou condições de saúde<sup>5</sup>, trata-se, sobretudo, de problemas relacionados ao emprego e desemprego.

A definição de burnout na CID-11 é: “uma síndrome conceituada como resultante do estresse crônico no local de trabalho que não foi gerenciado com sucesso. É caracterizada por três dimensões: i) sentimentos de exaustão ou esgotamento de energia; ii) aumento do distanciamento mental do próprio trabalho, ou sentimentos de negativismo ou cinismo relacionados ao próprio trabalho; e iii) redução da eficácia profissional.”<sup>6</sup>

Sua principal característica é o estado de tensão emocional e estresse crônicos provocado por condições de trabalho físicas, emocionais e psicológicas desgastantes. A síndrome se manifesta especialmente em pessoas cuja profissão exige envolvimento interpessoal direto e intenso.

Nos termos da classificação, a burnout se refere especificamente a fenômenos no contexto ocupacional e não deve ser aplicada para descrever experiências em outras áreas da vida. Essa síndrome também foi incluída na CID-10, na mesma categoria da CID-11, mas a definição é agora mais detalhada. A partir desses dados, a Organização Mundial da Saúde está prestes a iniciar o desenvolvimento de diretrizes baseadas em evidências sobre o bem-estar mental no local de trabalho.

À luz da biopolítica, a captura do problema do esgotamento do trabalho para o discurso médico - mais especificamente o enquadramento do esgotamento físico em razão do trabalho como síndrome - é uma demonstração do poder psiquiátrico. Ao estabelecer a “Síndrome de Burnout” como um correspondente patológico, confere-se ao médico psiquiatra a legitimidade para produção de diagnósticos absolutos com vistas a tornar sadia a pessoa que se encontre em tais condições.

---

5

[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5702:oms-divulga-nova-classificacao-internacional-de-doencas-cid-11&Itemid=875](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5702:oms-divulga-nova-classificacao-internacional-de-doencas-cid-11&Itemid=875)

<sup>6</sup> Idem

Trata-se, porém, de um reducionismo para manutenção de controle face a um problema social de grande escala e complexidade cuja solução transcende os âmbitos da medicina.

A síndrome é concebida pela medicina como conjunto de sinais e sintomas observáveis em vários processos patológicos diferentes. Portanto, é uma situação de fato que incorre em doenças variadas, sobretudo em âmbito psiquiátrico. A pessoa com síndrome de Burnout apresenta diversos sintomas psiquiátricos de forma que sua quantificação é imprecisa quanto aos seus efeitos práticos.

Diante deste impasse, resta a imprecisão, também, de dados quanto à manifestação da doença. De acordo com pesquisa realizada pela International Stress Management Association (Isma), 30% dos mais de 100 milhões de trabalhadores brasileiros sofrem com o problema<sup>7</sup>. Contudo, a informalidade é notória e amplamente presente na realidade brasileira.

Dessa forma, optou-se por mencionar, neste capítulo, a doença psiquiátrica que mais demonstra, em seus sintomas, dissonância com o pretendido em um ambiente de trabalho nos termos atuais. A persistência em adequar-se ao ambiente de trabalho em razão da necessidade do trabalho para criação da subjetividade nos termos da sociedade em que vivemos, a despeito da manifestação de sintomas psiquiátricos, é uma recorrente forma de manifestação da síndrome de burnout, conforme trouxe nos relatos da “Introdução 2”.

Nesse sentido, é preciso entender o trabalho enquanto labor, na ótica foucaultiana, como um dispositivo dúplice, tal como a sexualidade. Afinal de contas, o corpo dócil, que corresponde aos parâmetros socialmente aceitos de sexualidade, efeito das disciplinas, é o mesmo corpo útil do trabalhador moderno e é atravessado por inúmeros dispositivos que o concebem enquanto tal.

O controle político do corpo é acompanhado de sua maximização produtiva na economia capitalista e isso ocorre por meio do trabalho, seja para produção de subjetividades, seja para controle dos indivíduos enquanto subconjunto de uma população. A comparação com a sexualidade se dá justamente neste sentido, ao

---

<sup>7</sup> Disponível em:

<https://www.anamt.org.br/portal/2018/12/12/30-dos-trabalhadores-brasileiros-sofrem-com-a-sindrome-de-burnout/>

mesmo tempo que cria subjetividades e processos de subjetivação (v.g. papéis de gênero que coadunam com a divisão social do trabalho), controla a população (v.g. instituição do casamento para sucessão de bens). No âmbito laboral, o trabalho condiciona o sujeito aos dispositivos que o tornem produtivo e administrável ao passo que acaba por gerar a necessidade de um direito do trabalho, por exemplo, para controle disciplinar em larga escala.

Feita tais ressalvas, retornemos aos dados quanto a doenças psiquiátricas que são atravessadas pela síndrome de Burnout, notadamente a depressão merece destaque. A depressão é um transtorno mental frequente e seus sintomas delineiam um caminho inverso do que se pretende produtivamente do trabalhador. Não por acaso, a depressão é a principal causa de incapacidade em todo o mundo e contribui de forma importante para a carga global de doenças. Mulheres são mais afetadas que homens e no pior dos casos, a depressão pode levar ao suicídio, o que ocorre em maioria nos homens.

Segundo dados da OMS, somente a depressão afeta cerca de 322 milhões de pessoas (OMS, 2017, p. 8). e causa aproximadamente 788 mil suicídios por ano em todo o mundo. (OMS, 2017, p. 21). No Brasil, são cerca de 11,5 milhões de depressivos. (OMS, 2017, p. 18) Atualmente, a depressão é apontada pela mesma organização como a patologia que mais incapacita para o trabalho. (OPAS, 2017). A depressão pode ser multifatorial, mas a incapacidade se dá sobretudo pela inadequação do sujeito em que se manifestam os sintomas aos parâmetros de produtividade do ambiente laboral.

Para o discurso médico, a depressão não consiste em flutuações usuais de humor e das respostas emocionais de curta duração aos desafios da vida cotidiana. A manifestação se dá especialmente quando de longa duração e com intensidade moderada ou grave e pode se tornar uma crítica condição de saúde. Ela pode causar à pessoa afetada um grande sofrimento e disfunção no trabalho, na escola ou no meio familiar. Na pior das hipóteses, a depressão pode levar ao suicídio. Cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio a cada ano - sendo essa a segunda principal causa de morte entre pessoas com idade entre 15 e 29 anos.

Embora existam tratamentos eficazes conhecidos para depressão, menos da metade das pessoas afetadas no mundo (em muitos países, menos de 10%) recebe tais tratamentos. Os obstáculos ao tratamento eficaz incluem a falta de recursos, a falta de profissionais treinados e o estigma social associado aos transtornos mentais. Outra barreira ao atendimento é a avaliação imprecisa. Em países de todos os níveis de renda, pessoas com depressão frequentemente não são diagnosticadas corretamente e outras que não têm o transtorno são muitas vezes diagnosticadas de forma inadequada, com intervenções desnecessárias.

A carga da depressão e de outras condições de saúde mental está em ascensão no mundo. Uma resolução da Assembleia Mundial da Saúde, aprovada em maio de 2013, exigiu uma resposta integral e coordenada aos transtornos mentais em nível nacional. Como resposta, a OMS colocou a depressão como uma das condições prioritárias cobertas pelo *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP)* do órgão.

O programa visa ajudar os países a aumentar os serviços prestados às pessoas com transtornos mentais, neurológicos e de uso de substâncias, por meio de cuidados providos por profissionais de saúde que não são especialistas em saúde mental. A iniciativa defende que, com cuidados adequados, assistência psicossocial e medicação, dezenas de milhões de pessoas com transtornos mentais, incluindo depressão, poderiam começar a levar uma vida normal - mesmo quando os recursos são escassos.

## 2.5. CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA;

O processo de luta antimanicomial, como visto, culminou com a edição da lei 10.216/01 denominada Reforma Psiquiátrica. Todavia, decorridos exatos 30 anos da publicação da “Carta de Bauru”, documento que figura como marco na luta antimanicomial brasileira, a política de saúde mental sofre importantes alterações que validam distorções e retrocessos na implantação. Por ser a antípoda do que se pretendia com a reforma, denomino o conjunto de retrocessos no trato humanizado como contrarreforma psiquiátrica, como também denomina entidades da luta antimanicomial.

No dia 14 de dezembro de 2017, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que reúne representantes do Ministério da Saúde e de secretários estaduais e municipais, aprovou a Portaria nº 3.588 que, entre outras mudanças, interrompe o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos em contraposição às determinações da Lei 10.216/2001, amplia os valores pagos para a internação nessas instituições e estimula a criação de novas vagas psiquiátricas em manicômios.

Vale lembrar que a Reforma Psiquiátrica construiu a chamada Rede de Atenção Psicossocial (Raps), que se baseia na lógica do atendimento humanizado e multidisciplinar aos usuários dos serviços de saúde mental. A Portaria 3588 interfere diretamente na Rede. Entre outras coisas, a medida exige uma taxa de ocupação de 80% dos leitos de saúde mental nos hospitais gerais como condição para que a instituição receba a verba de custeio do serviço. Na prática, condiciona à RAPS à sua própria erosão, dado que o aumento de leitos em hospitais psiquiátricos

A normativa prevê também a expansão e um robusto aporte de financiamento público às chamadas comunidades terapêuticas, ligadas à iniciativa privada e, na sua maioria, de cunho religioso. Na ocasião da sua aprovação, foi realizada apenas a leitura da Portaria e, até mesmo, o presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), instância máxima de deliberação do Sistema Único de Saúde (SUS), Ronald dos Santos, foi impedido de falar.

Apesar de mudar significativamente a política de tratamento de sujeitos com transtornos mentais e usuários de álcool e drogas, a Portaria não foi alvo de discussão e debate com a sociedade e nem mesmo com as entidades e profissionais da área. Diversas entidades da área, como a Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), a Procuradoria Federal dos Direitos dos Cidadãos (PFDC), o próprio Conselho Nacional de Saúde e o Conselho Nacional de Direitos Humanos se posicionaram contrários às mudanças.

A Portaria significa, na prática, uma alteração na concepção desenvolvida pela Política Nacional de Saúde Mental nas últimas décadas de desospitalização e ênfase no serviço de base territorial pela volta do isolamento social via segregação hospitalar e do modelo medicalizante. Nesse sentido, configura um retrocesso para

os processos de reabilitação psicossocial, reinserção social, singularização e autonomização de pessoas acometidas de transtornos mentais.

Após a edição da referida portaria, o Ministério da Saúde, mais especificamente a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde – CGMAD/DAPES/SAS/MS publica a Nota Técnica nº 11/2019 que estabelece a Nova Política de Saúde Mental (sic). Conforme demonstrado no trabalho, não se trata de uma “Nova” Política de Saúde Mental mas de uma contrarreforma Psiquiátrica, ou seja um retrocesso a práticas antigas, dado que a principal instituição que garante a perpetuação do modelo manicomial é recolocada na rede de atenção, a saber, o hospital psiquiátrico ou a “comunidade terapêutica”, instituição manicomial correspondente no atendimento a pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas.

O documento cita os “hospitais modernos” que podem conviver com os serviços comunitários, presentes nos modelos mistos, trazidos por autores como Thornicroft e Tansella (2002). Contudo, a citação não possui aporte fático e teórico para se sustentar, uma vez que o modelo pretendido com a contrarreforma psiquiátrica não corresponde ao citado pelos autores. O modelo trabalhado pelos teóricos não consistem em hospitais monovalentes de grande porte e isolados, como aqueles ainda existentes no Brasil e que querem ser mantidos pelo Ministério da Saúde, mas serviços que oferecem tratamento para pacientes agudos internados.

O que está em questão, para a Reforma Psiquiátrica, ainda em se tratando de internação, é a defesa de serviços que sejam próximos às pessoas que precisam de cuidados e das suas famílias. Ao estabelecer a Reforma Psiquiátrica, não se negou a internação ainda que para casos extremos, embora se mostre como manifestação do poder psiquiátrico. O que se procurou, sobretudo, foi manter os tratamentos territorializados, sem o risco de segregação, tão nociva e cronificadora nos casos de pessoas com transtorno mental e uso problemático de substâncias psicoativas.

A RAPS da Portaria 3.088 de 2011, por exemplo, já dispunha sobre a existência desses leitos em hospitais gerais, como também os leitos de acolhimento

noturno em CAPS III e CAPS ad III, ainda que criticado por boa parte dos apoiadores da luta antimanicomial. Insta ressaltar que a RAPS da Reforma Psiquiátrica Brasileira já é a rede mais plural dentre as redes do sistema de saúde; a diferença é que ela, em razão de estabelecer novos princípios ao trato psiquiátrico, deixava de lado instituições manicomiais e estimulava o tratamento no território habitado pelas pessoas em sofrimento mental e suas famílias.

Ao proceder de tal maneira, teve como intento aliar o tratamento ao território onde há redes de apoio e de sociabilidade, ainda que às vezes precárias, além da rede de serviços intersetoriais fundamentais à sua recuperação e vida digna como o acesso à escola, moradia, empregabilidade, dentre outros. Nesse sentido, a Nota Técnica não traz uma menção sequer à questão da territorialidade. Contudo, na perspectiva humanitária do tratamento psiquiátrico é fundamental o convívio e a afetividade. Apenas tratando dessas questões é possível reabilitar e ressocializar pessoas, ou, eventualmente, impedi-las de serem dessocializadas, estigmatizadas ou excluídas.

A nota técnica que estabelece a contrarreforma psiquiátrica se pauta, sobretudo, em evidências biomédicas, negando, com isso, o conhecimento de um conjunto de profissões que atuam na área e que têm perspectivas distintas de tratamento. Ainda que não tenha sido buscada a interdisciplinaridade, as evidências científicas trazidas ainda assim se mostram, muitas vezes, frágeis quanto à sua efetividade prática no tratamento psiquiátrico.

Outro ponto importante da referida Nota Técnica é a propaganda feita no documento em defesa da eletroconvulsoterapia (ECT), comumente chamada de eletrochoque. A referida técnica não se mostra absolutamente segura e incontroversa na sua aplicação contemporânea. O ECT, assim como psicocirurgias mais recentes, é objeto de um debate científico, bioético e judicial acirrado em relação a sua eficácia clínica (REISNER, 2003, p. 199-219). O que preocupa analistas de diversas áreas é o risco de uma banalização de seu uso para além de casos extremamente resistentes de depressão, em que, a despeito de existentes críticas, se mostra considerável. Outro ponto significativo é o simbolismo da sua prática violenta e punitiva que assombra tantas pessoas que foram vítimas de seu uso abusivo. Em resumo, para os reformistas nada justifica que o estímulo a sua

aquisição generalizada pelo território brasileiro seja estratégia privilegiada pelos formuladores das políticas de saúde mental.

Assim, não é de se surpreender que a Nota tenha provocado intensa reação de movimentos sociais, associações, conselhos profissionais, conselhos de saúde e comunidade acadêmica, todos comprometidos com os princípios da RPB (ABRASCO, 2019; COREN-SP, 2019; CFP, 2019; CREFITO2, 2019; CES-PE, 2019; GULJOR et al., 2019).

As alterações na Política de Saúde Mental se dão em uma conjuntura de ascensão ao governo federal de projeto político ultraconservador coloca em risco a sobrevivência do Sistema Único de Saúde, assim como a de todo o frágil Estado de bem-estar social construído nos últimos anos. Conforme demonstrado, o fantasma do retorno ao sistema manicomial é só a ponta do iceberg de uma cultura manicomial que ainda resiste na sociedade brasileira, e cuja desconstrução é trabalho para não apenas essa, mas as próximas gerações.

A racionalidade neoliberal que se mostra presente no raciocínio reducionista do documento nega que muitos dos transtornos considerados comuns na psiquiatria, cuja incidência se mostra em exponencial ascensão, ao modo do suicídio e suas tentativas, traduzem um mal-estar severo na sociedade, reflexo, cada vez mais intenso, das políticas de austeridade, falta de oportunidades de trabalho, baixa qualidade de vida, múltiplas intolerâncias e violências, perda de esperança, entre tantos outros.

Conforme robusta pesquisa interdisciplinar, não se resolvem essas dores com serviços ambulatoriais especializados, especialmente se esses se tornarem reféns das indústrias farmacêuticas, exorbitando, como tantos estudos têm revelado, o uso indevido de psicofármacos, notadamente antipsicóticos na medicalização dos problemas da vida, especialmente em países que vivem crises socioeconômicas e políticas.

Para esses tratar desse problema multifatorial, é preciso escuta sensível de sujeitos que sofrem, cuidado integral, serviços abertos aos usuários, suas famílias, à comunidade e a seus problemas agudos e crônicos e, sobretudo, mudanças estruturais em uma sociedade cada vez mais desigual e intolerante.



Esse conjunto de medidas só é possível de ser efetivado se orientado por um pensamento complexo e por modelos culturalmente sensíveis às particularidades e regionalidades do nosso país e socialmente referenciados. Pessoas que vivem experiências de sofrimento mental, mais ou menos graves, mais ou menos intensos, precisam ter suas necessidades sociais e de saúde escutadas, o que não se mostra como intento de políticas que apregoam o retorno ao sistema manicomial e ao fim de políticas substitutivas ao tratamento asilar.

Em se tratando especificamente do adoecimento mental de trabalhadores, a nova morfologia trabalhista acaba por vulnerabilizar ainda mais suas condições de trabalho. O desemprego estrutural, as jornadas extenuantes de 12 horas agora previstas legalmente, a insegurança jurídica quanto aos direitos trabalhistas pós-reforma e a constante produção da concorrência favorecem um cenário de adoecimento mental do trabalhador e da trabalhadora.

Nesse sentido, a produção de esgotamento e neurose em larga escala se torna a tônica quando, sem direitos, o trabalhador necessita tão somente adequar-se aos parâmetros inalcançáveis de produtividade e docilidade para tornar-se administrável. A uberização do trabalho, a constante avaliação, a possibilidade de desligamento sem aviso prévio ou remunerações em plataformas digitais, o retorno à percepção do trabalho sobretudo por seu viés contratual criam um cenário favorável à reificação do sujeito, sobretudo do sujeito trabalhador. Reificado, o sujeito se mostra mais propenso ao desenvolvimento de transtornos mentais.

### **3. NOVA CONFIGURAÇÃO DO TRABALHO**

#### **3.1. A NOVA RAZÃO DO MUNDO**

Hodiernamente, o mundo do trabalho passa por significativas alterações, sobretudo em razão das respostas às sucessivas crises do capital, expressas na reestruturação produtiva na era da ação flexível e na globalização. São significativos, assim, fenômenos como o desemprego estrutural, um imenso contingente de trabalhadores em situações precárias de trabalho e uma ampliação da degradação da relação entre homem e natureza. (ANTUNES, 2002).

Esses processos estruturais fazem parte de uma racionalidade específica: notadamente o neoliberalismo. Para compreender os fenômenos que envolvem tal racionalidade, Pierre Dardot e Christian Laval, na obra *A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal*, traçam uma genealogia do neoliberalismo a partir de suas correntes internas. Assim, demonstram a passagem do neoliberalismo enquanto uma doutrina econômica para um “sistema normativo que ampliou sua influência ao mundo inteiro, estendendo a lógica do capital a todas as relações sociais e a todas as esferas da vida” (DARDOT e LAVAL, p. 7).

Para os autores, o neoliberalismo é precisamente “o desenvolvimento da lógica do mercado como lógica normativa generalizada, desde o Estado até o mais íntimo da subjetividade” (DARDOT e LAVAL, p. 34). Partindo dessa premissa, o livro se divide, sobretudo, em dois momentos, quais sejam: *a refundação intelectual e a nova racionalidade*.

Em um primeiro momento, os autores tratam de diferenciar o liberalismo clássico do neoliberalismo, conforme se pretendeu no capítulo inicial deste trabalho. Retomando Foucault, os autores iniciam a investigação a partir da crise do liberalismo, ou crise da governamentalidade liberal que dura entre 1880 e 1930.

Nesse momento, os autores não buscaram retomar a interpretação original do neoliberalismo mas apontar as contribuições do pensamento dos principais teóricos neoliberais para a instauração de uma *nova racionalidade* a partir da implantação dos governos neoliberais da década de 1970, especialmente o de Margareth Thatcher, na Inglaterra, e o de Ronald Reagan, nos Estados Unidos. O substrato teórico dessa nova racionalidade é oriundo, sobretudo, do Colóquio de Walter Lippmann. Nesse colóquio, sobressaem as correntes austro-americana e a ordoliberal alemã, tendo como expoentes, respectivamente, Friedrich A. Hayek e Ludwig von Mises; e Walter Eucken e Wilhelm Röpke.

Essa nova racionalidade, para responder ao avanço de ideais de esquerda na Europa, rompeu com a necessidade de se respeitar o *laissez-faire*, *laissez-passer*, passando a estabelecer um método de controle total por meio da produção sistemática da concorrência. Trata-se

“Da construção do mercado à concorrência como norma dessa construção, da concorrência como norma da atividade dos agentes econômicos à concorrência como norma da construção do Estado e de sua ação e, por

fim, da concorrência como norma do Estado-empresa à concorrência como norma da conduta do sujeito-empresa” (DARDOT e LAVAL, 2016, p. 379)

Para a nova racionalidade, o Estado não é considerado uma entidade externa à ordem do mercado como era para os liberais clássicos. Na fase do capitalismo neoliberal, os países passaram a concorrer globalmente pelos capitais estrangeiros, e os grandes oligopólios internacionais. Assim, o Estado, por esse viés, passa, a figurar como uma empresa que está em concorrência no mercado global.

Dessa forma, para ser gerido de forma a angariar recursos estrangeiros, o Estado passa a não mais funcionar por uma lógica da coletividade, mas empresarial. Assim, passa a realizar reformas não pautadas no seu impacto social, mas na capacidade de se adequar à lógica concorrencial. Eis o bojo em que se dão a Reforma Trabalhista e a Contrarreforma Psiquiátrica.

Essas alterações significativas na concepção de Estado fazem com que o próprio significado dos serviços públicos perca sua razão de ser e, por conseguinte, a própria ideia de sujeito enquanto ser político. Em última e mais assertiva análise, é a própria dimensão do que é política que se transmuta, dado que o consumo egoísta imediato se sobrepõe à esfera do bem comum e da coletividade.

Nesse sentido, não é somente o Estado que se adequa à nova racionalidade neoliberal, mas a lógica de mercado passa a abranger toda a sociedade. O sujeito, portanto, passa a figurar como uma empresa que está em contínua e reiterada concorrência. Essa nova racionalidade, portanto, se mostra como mediadora da totalidade as relações sociais: “o sujeito neoliberal é o sujeito *competitivo*, inteiramente imerso na competição mundial” (DARDOT e LAVAL, 2016, p. 322). A vida passa a ser vista como uma empresa – um capital a ser continuamente valorizado –, na qual o indivíduo é empreendedor de si mesmo.

Para os teóricos, o sujeito neoliberal - também denominado neossujeito - deve sempre “naturalizar” as condições impostas pelo neoliberalismo de forma a se adaptar às novas realidades do Estado-empresarial. Assim, a previdência, saúde, educação e lazer são produtos que o sujeito não desfruta enquanto cidadão, mas enquanto consumidor. Ao neossujeito é dada a “liberdade de escolher” e adquirir

tais serviços e, assim, conviver com o desemprego permanente, a precarização das relações de produção e das relações sociais de produção.

A responsabilização individual pelas consequências de suas escolhas, a produção do risco enquanto naturalidade e a transformação dos indivíduos em empreendedores de si que, enquanto tal, estão em contínua competição são características determinantes dessa nova racionalidade. Ainda, exige-se que o sujeito neoliberal seja flexível para acompanhar as mudanças prescritas pelo mercado e que esteja em constante e contínua superação de forma a se adaptar às constantes e contínuas variações das demandas mercadológicas.

Há, portanto, a naturalização da lógica dos *realities shows* com a eliminação dos mais fracos e inaptos e a *uberização* das relações de trabalho, com a flexibilização das leis trabalhistas, dado que os trabalhadores são tidos como “colaboradores”, corroborando com a lógica individualista da subjetividade dos moldes neoliberais.

Contudo, a impossibilidade de governar um “mundo que se tornou ingovernável, em virtude de seu próprio caráter global”, e a infinita responsabilização dos indivíduos pela sua condição produzem uma sociedade esquizofrênica e doentia (DARDOT e LAVAL, 2016, p. 344). É sob a égide desta racionalidade que, no Brasil, se edita a Lei 13.467/17, amplamente conhecida por Reforma Trabalhista.

### 3.2. A REFORMA TRABALHISTA BRASILEIRA

A Carta Magna de 1988 reconheceu o trabalho como um direito fundamental. Desde então, o trabalhador restou amplamente protegido pela ampla produção doutrinária, jurisprudencial que se fez em torno do reconhecimento da disparidade de poder tácita entre empregado e empregador. Assim, reiterou-se o direito do trabalho como matéria protetiva com vistas a garantir direitos ao trabalhador e reparar a desigualdade material entre ambos.

Com o advento da reforma trabalhista, aspectos imprescindíveis ao caráter protetivo do direito juslaboral foram modificados. A Lei 13.467/17 muda significativamente e profundamente as relações sociais de trabalho no país, trazendo à legalidade

aspectos contratuais, salariais e de condições de trabalho que, caso ocorressem antes da legislação, eram tomados como fora da lei e passíveis de denúncia, reclamação sindical e de demandas na justiça do trabalho. A partir da Lei 13.467/2017, o que não imaginava ser possível passa a ser legal, como, por exemplo, garantir a primazia do negociado sobre o legislado.

A lógica por detrás do negociado sobre o legislado é a mesma que rege o *homo oeconomicus* neoliberal. A concorrência entre os países na atração de investimentos externos faz com que legislações sejam revistas e acordos entre sindicatos e empresas revogados. Portanto, tanto o reconhecimento do vínculo de emprego quanto a necessidade de um caráter protetivo do direito juslaboral se tornam um entrave à referida lógica concorrencial neoliberal. De igual maneira, a representação sindical enquanto luta coletiva se mostra um empecilho à lógica pretendida com a alteração legislativa. Assim, a terceirização se apresenta como o caminho juslaboral útil para a materialização desta nova racionalidade.

Dentre todas as alterações, contudo, a possibilidade da terceirização irrestrita é a que mais produz insegurança jurídica ao trabalhador. A nebulosidade em reconhecer vínculo empregatício cria condições para que o trabalhador não consiga acessar a jurisdição trabalhista para garantir direitos e reivindicar seu cumprimento. Ademais, o coloca diante de uma imprevisibilidade quanto ao seu *locus* e o impede de criar vínculo afetivo com seus colegas de trabalho, dada a fungibilidade do inerente ao trabalho terceirizado.

A terceirização é uma ferramenta de gestão de empresas. Ela pode ser total ou parcial, interna ou externa. Na externa, utiliza-se o termo *outsourcing*. A grande discussão se dá com relação à possibilidade de ser feita à atividade-meio ou à atividade-fim. A terceirização veio no Brasil com o fito de reduzir os custos, como uma forma de subcontratação. No país, ela se aproximou da ideia de *marchange*. De início, a Lei nº 6.019/74 foi deturpada para permitir, por via jurisprudencial, a terceirização. A Lei nº 13.429/17 expressamente dispõe a respeito da terceirização.

Em 1990, o Tribunal Superior do Trabalho edita a súmula 331:

**Súmula 331 do TST.** CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS. LEGALIDADE (nova redação do item IV e inseridos os itens V e VI à redação) - Res. 174/2011, DEJT divulgado em 27, 30 e 31.05.2011 I - A

contratação de trabalhadores por empresa interposta é ilegal, formando-se o vínculo diretamente com o tomador dos serviços, salvo no caso de trabalho temporário (Lei nº 6.019, de 03.01.1974). II - A contratação irregular de trabalhador, mediante empresa interposta, não gera vínculo de emprego com os órgãos da Administração Pública direta, indireta ou fundacional (art. 37, II, da CF/1988). III - Não forma vínculo de emprego com o tomador a contratação de serviços de vigilância (Lei nº 7.102, de 20.06.1983) e de conservação e limpeza, bem como a de serviços especializados ligados à atividade-meio do tomador, desde que inexistente a pessoalidade e a subordinação direta. IV - O inadimplemento das obrigações trabalhistas, por parte do empregador, implica responsabilidade subsidiária do tomador dos serviços quanto àquelas obrigações, desde que haja participado da relação processual e conste também do título executivo judicial. V - Os entes integrantes da Administração Pública direta e indireta respondem subsidiariamente, nas mesmas condições do item IV, caso evidenciada a sua conduta culposa no cumprimento das obrigações da Lei nº 8.666, de 21.06.1993, especialmente na fiscalização do cumprimento das obrigações contratuais e legais da prestadora de serviço como empregadora. A aludida responsabilidade não decorre de mero inadimplemento das obrigações trabalhistas assumidas pela empresa regularmente contratada. VI - A responsabilidade subsidiária do tomador de serviços abrange todas as verbas decorrentes da condenação referentes ao período da prestação laboral.

Essa súmula impede a terceirização da atividade-fim, permitindo apenas na atividade-meio. Ela revogou o teor da súmula 256 do TST, que dispunha:

**Súmula 25 do TST.** CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS. LEGALIDADE (cancelada) - Res. 121/2003, DJ 19, 20 e 21.11.2003  
Salvo os casos de trabalho temporário e de serviço de vigilância, previstos nas Leis nºs 6.019, de 03.01.1974, e 7.102, de 20.06.1983, é ilegal a contratação de trabalhadores por empresa interposta, formando-se o vínculo empregatício diretamente com o tomador dos serviços.

Com relação à terceirização da atividade-fim, o STF reviu a súmula 331 do TST por violação ao princípio da legalidade. Em paralelo, foi promulgada a Lei nº 13.429/17 e a reforma trabalhista. Aquela lei dispunha a respeito da terceirização de atividades específicas. Por sua vez, a reforma expressamente dispôs quanto à atividade-fim e permitiu a quarteirização, que é a terceirização em cadeia. Vê-se, portanto, que a tendência é a permissão à terceirização irrestrita. A isso recaem críticas por se cair no *marcanghe* e de haver violação ao direito privado pelo art. 966 do CC.

Na Administração Pública, o Decreto nº 9.507/17 também permite a terceirização da atividade-fim. Contudo, pode ser reputado inconstitucional por violação à necessidade de concurso público dos servidores disposta no art. 37 da

Constituição. A equiparação de direitos na terceirização é incompleta. Há uma quarentena na contratação como terceirizado do empregado que é demitido da empresa. Só há responsabilidade pelo meio ambiente do trabalho quando o serviço é prestado nas dependências das tomadoras de serviços. Ainda, há responsabilidade econômica subsidiária da tomadora de serviços em relação à prestadora de serviço. Apenas dívidas tributárias e afins ensejam responsabilidade solidária.

Na prática, a terceirização torna nebulosa a caracterização do vínculo empregatício entre empregado e empregador, de forma a conferir insegurança jurídica ao trabalhador que busca a eficácia de seus direitos. Na impossibilidade de transpô-los à realidade fática, perdura os impactos à saúde mental do sujeito, cuja tutela vem se mostrando cada vez mais precária.

O contrato intermitente, criação da reforma trabalhista, também se mostra como um instrumento de individualização do trabalhador enquanto empreendedor de si. A não eventualidade é um dos requisitos para o reconhecimento do vínculo de emprego assim como a subordinação. O contrato intermitente, porém, consiste no contrato de trabalho no qual a prestação de serviços, com subordinação, não é contínua, ocorrendo com alternância de períodos de prestação de serviços e de inatividade, determinados em horas, dias ou meses, independentemente do tipo de atividade do empregado ou da empresa.

A reforma estabelece que ele deve ser celebrado por escrito e deve conter especificamente o valor da hora de trabalho. Assim, para fazer jus a equidade salarial, não pode ser inferior ao valor-hora do salário mínimo ou àquele devido aos demais empregados do estabelecimento que exerçam a mesma função em contrato intermitente ou não.

Em razão do contrato intermitente, ao final de cada período de prestação de serviços, o empregado receberá o pagamento imediato das seguintes parcelas: (i) remuneração; (ii) férias proporcionais com acréscimo de um terço; (iii) décimo terceiro salário proporcional; (iv) repouso semanal remunerado; e (v) adicionais legais. A cada 12 meses, o empregado adquire direito a usufruir, nos 12 meses subsequentes, um mês de férias, período no qual não poderá prestar serviços ao mesmo empregador.

Nesse contexto, também há a dita uberização do trabalho. O fenômeno do trabalho por meio de plataformas digitais como fonte de renda informal em um contexto de desemprego estrutural deixa o trabalhador à mercê da própria sorte. A natureza jurídica incerta dos trabalhos por aplicativos precariza o trabalhador por não conferir direitos que o protejam.

Além disso, a possibilidade de punição por avaliações negativas e a possibilidade de desligamento sem aviso prévio induzem aos trabalhadores que utilizam dessa modalidade a extenuar-se psicologicamente para permanecer na plataforma. Assim, sem restrições quanto à jornada, os trabalhadores passam a exercer jornadas regulares de 12h diárias.

A nova legislação prevê, ainda, a contratação de autônomo, se cumpridas por este todas as formalidades legais (e desde que o trabalhador tenha autonomia e não seja subordinado), com ou sem exclusividade, de forma contínua ou não, afasta a qualidade de empregado. A contratação do autônomo não tinha previsão legal antes da reforma trabalhista e denota a individualização do trabalhador no contexto neoliberal

A individualização chega a tal ponto de ser reconhecido pela Reforma Trabalhista o trabalhador hiperssuficiente. O caráter inerentemente protetivo do direito do trabalho se vale justamente da premissa de que há uma disparidade tácita de poder entre o empregado e o empregador. Assim, o reconhecimento da figura do hiperssuficiente vai na contramão do viés protetivo do direito do trabalho.

Consistem em empregados hiperssuficientes aqueles portadores de diploma de nível superior e que percebam salário mensal igual ou superior a R\$11.062,62. Ao ser reconhecido como tal, passam a gozar de autonomia para (i) estipular livremente os direitos previstos no novo artigo 611-A da CLT; e (ii) celebrar cláusulas de compromisso arbitral. Ademais, ao empregado hiperssuficiente cabe celebrar acordos individuais diretamente com o empregador, sem intermediação de representante sindical de classe.

Essas alterações refletem a extenuação da lógica neoliberal sobre os corpos dos trabalhadores. Na dinâmica biopolítica, conforme demonstrado, as tecnologias de poder agem no indivíduo de forma a torná-los mais administráveis e governáveis. Assim, a nova configuração do trabalho se mostra como um instrumento que, por



meio do dispositivo do trabalho enquanto labor, força o indivíduo a adequar-se à lógica neoliberal. O dispositivo age disciplinando tanto individualmente o trabalhador como disciplina a população ao produzir a naturalidade destas formas extenuantes e precarizadas do labor.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com base nos apontamentos trazidos ao longo do trabalho, conclui-se que a concomitância entre a reforma trabalhista e a contrarreforma psiquiátrica diz respeito a um fazer estatal específico que surge com a modernidade e se acentua significativamente na atualidade. A volta do sistema manicomial remonta a sociedade disciplinar de Foucault ao passo que a nova configuração do trabalho acentua os efeitos da racionalidade neoliberal como panorama de governamentalidade.

É importante lembrar que tanto a própria existência de uma política de saúde mental como a estabelecida pela Lei 10.216/01 quanto a existência de um direito do trabalho com viés protetivo, para Foucault, é resultado de uma governamentalidade biopolítica. De igual maneira, o são também a dita Reforma Trabalhista e a Contrarreforma Psiquiátrica. Contudo, estes últimos eventos consistem na reverberação no ordenamento jurídico de uma extenuação na racionalidade neoliberal como estratégia de tornar os corpos dos sujeitos mais dóceis e produtivos, razão pela qual foram analisados por este trabalho.

As políticas de austeridade que culminam com a reforma trabalhista e a contrarreforma psiquiátrica fazem jus à racionalidade neoliberal que, na produção constante da concorrência, não leva em consideração o caráter substancial do indivíduo, mas tão somente o procedimentaliza e o adequa à ordem pretendida. Nesse sentido, as doenças mentais se mostram como o enunciado desta inadequação em âmbito médico, especificamente uma manifestação do poder psiquiátrico como demonstração do caráter biopolítico da arte de governar.

Assim, o intuito do trabalho foi demonstrar que a concomitância das alterações estabelece o pano de fundo de um problema de magnitudes ainda intangíveis, uma vez que busca resolver o adoecimento mental da população por

meio de aumento em leitos psiquiátricos em hospitais gerais, como forma isolar para docilizar o sujeito para, então, poder subjetivar os parâmetros de produtividade pretendidos, ainda que coercitivamente. Procedimentalmente, se mostra deveras problemático o retorno da eletroconvulsoterapia e a internação compulsória para tais fins. Ao trazer o problema tão somente à lógica médica, ignora-se as reais causas dos problemas envoltos aos fenômenos que ocasionam o adoecimento em larga escala.

Neste sentido, o trabalho traz, em um primeiro momento, o convite a uma reflexão ampliada onde a política de saúde mental seja compreendida por um conjunto de ações forjadas em dimensões plurais. A política de saúde mental, nesse sentido, embora envolta à lógica biopolítica, aponta para uma compreensão do cuidado em saúde mental e as políticas que o garantam, como uma gama de intervenções cujo pressuposto norteador é a construção da cidadania de sujeitos historicamente excluídos, cerceados de sua voz. Como forma de conter danos, o trato humanizado de doenças mentais pressupõe liberdade em contraposição a exclusão, acolhimento em contraposição a protocolos padronizados e, principalmente, construção coletiva através do debate amplo com a sociedade e seus atores, seja em âmbito da sociedade civil, seja em âmbito institucional do Estado.

Assim, a política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas, preconizada pela Reforma Psiquiátrica brasileira e pela Lei Federal 10.216/01, foi uma conquista deste processo. O desenho de sua rede territorial pressupõe ser, de fato, substitutiva. Substitutiva aos dispositivos que, por séculos, foram utilizados para esconder a miséria, a pobreza e o descaso do poder público sob a égide de uma forma de ciência corporativa e mercantil.

Dessa forma, desinstitucionalização é um processo árduo que exige, sim, a destruição das clausuras, dos desejos de manicômio e das sanhas de lucro com o sofrimento alheio. Desinstitucionalizar é reintegrar pessoas que, por violência histórica, passaram a morar nos manicômios longos anos da sua vida, mas é também impedir reinternações reiteradas como forma de controle. Desinstitucionalizar é, sobretudo e ainda, acabar com espaços que estimulem e favoreçam a institucionalização.

No contexto da reforma trabalhista, o tratamento asilar se torna mais preocupante, pois denota uma lógica perversa de controle. Ao conceber as relações degradantes oriundas da Reforma Trabalhista como naturalidades, forja-se um cenário em que o trabalhador, já controlado pelos dispositivos e discursos que o atravessam e disciplinam, se extenue ainda mais para alcançar o inalcançável padrão de produtividade.

Conforme demonstrado, essa busca inalcançável acaba por criar neuroses, ansiedade, depressão, Síndrome de Burnout e diversas doenças, sobretudo de índole psiquiátrica. Em razão da capilarização do poder e dos processos de subjetivação que propiciam a internalização subjetiva das situações degradantes, tudo indica que os trabalhadores rumam ao abismo.

Assim, certo que não caberia neste trabalho o esgotamento dos assuntos trabalhados, por meio dos conceitos foucaultianos e das contribuições de Dardot e Laval, buscou-se delinear como a produção das naturalidades próprias dos liberalismos pode induzir o adoecimento em larga escala. Em termos biopolíticos, a recepção estatal deste problema com o retorno à lógica manicomial reitera a racionalidade de controle que permeia a nova configuração do trabalho no contexto da contrarreforma psiquiátrica.

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho – ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. 6 ed. São Paulo: Boitempo, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas**. Disponível em: <

[https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao/sobre-as-mudancas-napolitica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas/39619/?](https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao/sobre-as-mudancas-napolitica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas/39619/?fbclid=IwAR0rBI8RhgarMfFGu2G6V_a2OK3fP4Y-n9bE3YoxTZHAD6gT5AdrnFOU4ac)

[fbclid=IwAR0rBI8RhgarMfFGu2G6V\\_a2OK3fP4Y-n9bE3YoxTZHAD6gT5AdrnFOU4ac](https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao/sobre-as-mudancas-napolitica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas/39619/?fbclid=IwAR0rBI8RhgarMfFGu2G6V_a2OK3fP4Y-n9bE3YoxTZHAD6gT5AdrnFOU4ac)>. Acesso em: 04 mai. 2019

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO. **Nota de posicionamento contrário às mudanças na Política Nacional de Saúde Mental propostas pelo Ministério da Saúde (MS)**. Disponível em: . Acesso em: 04 mai. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **CFP manifesta repúdio à nota técnica “Nova Saúde Mental” publicada pelo Ministério da Saúde**. Disponível em: . Acesso em: 04 mai. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA et al. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017**. DF: CFP, 2018. Disponível em: . Acesso em: 04 mai. 2019.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Norma sobre saúde mental desrespeita exercício profissional da enfermagem**. Disponível em: . Acesso em: 04 mai.. 2019.

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL - 2ª REGIÃO. **Carta aberta do CREFITO2 ao Ministério da Saúde e à população brasileira**. Disponível em: . Acesso em: 04 mai. 2019.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal**. São Paulo: Editora Boitempo, 402 p, 2016.

DUARTE, André de Macedo. **Foucault e a governamentalidade: genealogia do liberalismo e do Estado Moderno**. In: SelectedWords, 2011, p.2.

FOUCAULT, Michel. **L'archéologie du savoir**. Paris: Gallimard, 1969.

\_\_\_\_\_. **Dits et écrits**: 1976-1979. Paris: Gallimard, v. III, 1994a.

\_\_\_\_\_. **Dits et écrits**: 1976-1988. Paris: Gallimard, v. II, 2001a.

\_\_\_\_\_. **Dits et écrits**: 1980-1988. Paris: Gallimard, v. IV, 1994b.

\_\_\_\_\_. **Du gouvernement des vivants**: cours au Collège de France (1979-1980). Paris: Gallimard/Seuil, 2012.

\_\_\_\_\_. **Fearless speech**. Los Angeles: Semiotext(e), 2001b.

\_\_\_\_\_. **História da sexualidade: a vontade de saber**. 13. ed. Tradução de Maria Albuquerque e José Augusto Guilhaon Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

\_\_\_\_\_. **Le gouvernement de soi et des autres: cours au Collège de France (1982-1983)**. Paris: Gallimard/Seuil, 2008.

\_\_\_\_\_. **Naissance de la biopolitique: cours au Collège de France (1978-1979)**. Paris: Gallimard/Seuil, 2004b.

\_\_\_\_\_. Qu'est-ce que la critique? [Critique et aufklärung]. **Bulletin de la Société Française de Philosophie**, a. 84, t. LXXXIV, n. 2, p. 35-63, 1990.

\_\_\_\_\_. **Sécurité, territoire, population: cours au Collège de France (1977-1978)**. Paris: Gallimard/Seuil, 2004a.

GODINHO DELGADO, Maurício. NEVES DELGADO, Gabriela. **A reforma trabalhista no Brasil: com os comentários à Lei n. 13.467/2017**. São Paulo : LTr, 2017.

GULJOR, A. P. et al. **Nota de Avaliação Crítica da Nota Técnica 11/2019: “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas”**, emitida pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde, em 04/02/2019, de autoria de Quirino Cordeiro Junior. Disponível em: . Acesso em: 04 mai. 2019.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Nota Técnica n. 21. Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras**. Brasília: Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia/IPEA, março de 2017.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Depression and other common mental disorders: Global Health Estimates. 2017**. Acessado em Maio/2018, disponível em inglês  
<[https://www.who.int/mental\\_health/management/depression/prevalence\\_global\\_health\\_estimates/en/](https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/)>

QUESNAY, François. Máximas do governo econômico. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Quadro econômico dos fisiocratas**. Tradução de João G. V. Netto. São Paulo: Victor Civita, (Coleção Os Economistas), 1983

REISNER, A. D. **The electroconvulsive therapy controversy: evidence and ethics**. Neuropsychology review, v. 13, n. 4, p. 199-219, 2003.

SMITH, Adam. **A riqueza das nações**. Tradução de Luiz J. Baraúna. São Paulo: Victor Civita, (Coleção Os Economistas) . v. I, 1983.

THORNICROFT G.; TANSELLA, M. **Balancing community-based and hospital-based mental health care**. World psychiatry, v. 1, n. 2, p. 84-90, 2002.

VIEIRA, Isabela et al. **Burnout na clínica psiquiátrica: relato de um caso**. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul [online]. 2006, vol.28, n.3, pp.352-356. ISSN 0101-8108. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082006000300015>>

WEBER, Max. **A ética protestante e o espírito do capitalismo**. 12. ed. Tradução de M. Irene de Q. F. Szmrecsányi e Tomás J. M. K. Szmrecsányi. São Paulo: Pioneira, 1997.

<https://www.anamt.org.br/portal/2018/12/12/30-dos-trabalhadores-brasileiros-sofrem-com-a-sindrome-de-burnout/> Acessado em: 05 nov. 2019

<https://bit.ly/2ryKBy7> Acessado em: 05 nov. 2019